

УДК 615.036:616.147.17-007.64: 615.831.7

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГЕМОРОЙ, КОТРИ ЛІКУВАЛИСЯ ЗА МЕТОДИКОЮ ІНФРАЧЕРВОНОЇ ФОТОКОАГУЛЯЦІЇ**Палієнко Р.К.¹, Шудрак А.А.², Цема Є.В.², Уманець О.І.², Нечай В.С.², Біба О.П.²**¹ *Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ;* ² *Головний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ" Міністерства оборони України, м. Київ*

РЕЗЮМЕ: в статті представлені результати оцінки якості життя хворих на хронічний внутрішній геморої, що лікувалися з використанням інфрачервоної фотокоагуляції. В контрольну групу хворих увійшов 141 (58%) пацієнт із хронічним внутрішнім гемороєм I-II ст. Хворі лікувалися за традиційною методикою інфрачервоної фотокоагуляції. В досліджувану групу увійшли 102 (42%) пацієнти з хронічним внутрішнім гемороєм I-II ст., які лікувалися за розробленою нами методикою селективної інфрачервоної фотокоагуляції дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії під доплерометричним контролем. Оцінку якості життя у досліджуваних хворих проводили за системою SF-32 (відповідно до протоколу Всесвітньої організації охорони здоров'я — WHOQOL від 1993 року) до лікування, через 6 місяців, 1 та 2 роки після проведення малоінвазивного лікування. Визначали наступні показники якості життя: фізична працездатність, фізичний стан, больовий синдром, загальне здоров'я, енергійність, соціальна роль, емоційний стан, психічне здоров'я. Через 6 місяців після лікування в контрольній групі хворих суттєво покращилися 5 з 8 показників якості життя ($p < 0,05$), через 1 рік — 3 з 8, а через 2 роки — лише 1 із 8 показників якості життя був кращий за вихідний рівень до операції. В досліджуваній групі хворих через 6 місяців, 1 та 2 роки всі 8 показників якості життя були достовірно кращими ($p < 0,01$), порівняно з відповідними показниками до лікування.

Ключові слова: якість життя, хронічний внутрішній геморої, малоінвазивне лікування, інфрачервона фотокоагуляція

Вступ. Геморої залишається одним з найпоширеніших захворювань людства. На сьогодні близько 120 людей із тисячі страждають на геморої, при чому кожен третій із них потребує хірургічного лікування [1, 2, 3, 6, 7, 10]. Частота захворюваності на геморої у структурі колопроктологічних захворювань коливається від 32 до 42% [2, 3, 4, 6, 7]. Широка розповсюдженість захворювання на геморої в індустріально розвинених країнах набуває характеру епідемії. Велику соціальну значимість захворюваності на геморої обумовлює значна розповсюдженість цієї хвороби (до 80%) серед осіб, які знаходяться у найбільш працездатному віці від 25 до 54 років [3, 6, 11], що супроводжується тривалим періодом втрати працездатності. За даними провідних колопроктологічних центрів хірургічного лікування потребують близько 30% хворих із хронічним гемороєм. Операції з приводу геморою посідають перше місце в структурі хворих будь-якого колопроктологічного відділення чи центру [2, 3, 5, 10].

Зважаючи на вищесказане, проблему діагностики та лікування геморою справедливо відносять до невирішених медичних та соціально-економічних проблем людства.

За останні роки з'явилося багато нових методик лікування геморою, в тому числі малоінвазивних: латексне лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів, дезартерізація гемороїдальних вузлів під контролем доплерометрії, інфрачервона фотокоагуляція внутрішніх гемороїдальних вузлів, біполярна електрокоагуляція гемороїдальних вузлів, склеротерапія, методика Лорда тощо. Особливу увагу, на нашу думку, заслуговує методика інфрачервоної фотокоагуляції, яка відзначається серед

інших своєю малоінвазивністю, малотравматичністю, високою ефективністю при хронічному внутрішньому геморої (ХВГ) I-II стадії, що кровоточить, доброю переносимістю лікування та малою частотою післяопераційних ускладнень [7, 8, 9, 10].

Безпосередні та віддалені результати лікування геморою традиційно розглядають в аспекті післяопераційних рецидивів основних симптомів захворювання. Загальноприйнято виділяти добрі, задовільні та незадовільні результати лікування: добрий результат — припинення анальних кровотеч та випадіння гемороїдальних вузлів; задовільний результат — тимчасове припинення випадіння вузлів або збереження незначного виділення крові із відхідника; незадовільний результат — рецидив кровотечі, або випадіння вузлів. Такий підхід до оцінки результатів лікування хворих на ХВГ є зручний в практичному плані, проте не може відображати всі суб'єктивні та об'єктивні аспекти стану хворого, який має місце в післяопераційному періоді. Комплексна оцінка результатів лікування хворих на хронічний геморої має включати (крім вищезазначеної градації) функціональні результати лікування хворих та характеристику якості життя пацієнта в післяопераційному періоді.

На сьогоднішній день загально визнані два основні напрямки лікування будь-якої патології — це збереження життя хворого та покращення якості життя пацієнта. Тому цілком зрозуміло, що, крім рецидивів захворювання та функціональних результатів лікування, одним із важливих показників лікування пацієнтів є якість їхнього життя.

Якість життя людини є комплексним поняттям, яке складається з оцінки фізичного здоров'я лю-

дини, психологічного стану, соціальних взаємостосунків, трудової діяльності та фінансових ресурсів, рівня незалежності людини та її безпеки, оцінки стану навколишнього середовища, духовної сфери людини та її переконань. За останні роки "якість життя" все частіше використовується як міра результату медичних втручань у клінічних та епідеміологічних дослідженнях.

Зважаючи на вищевикладене, ми провели клінічне дослідження з оцінки якості життя у хворих із ХВГ I-II ст. як показника ефективності малоінвазивного лікування.

Мета дослідження. Оцінити якість життя хворих із ХВГ до та після малоінвазивного лікування з використанням методики інфрачервоної фотокоагуляції.

Матеріали та методи. В період із лютого 2002 по грудень 2006 року на базі відділення загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру „ГВКГ” Міністерства Оборони України пройшли лікування 243 хворих з ХВГ I-II ст., які лікувалися за методикою інфрачервоної фотокоагуляції. Досліджуваних хворих було розподілено на дві групи: досліджувана група — 141 (58%) хворий, які лікувалися за традиційною методикою інфрачервоної фотокоагуляції; контрольна група — 102 (42%) хворі, що лікувалися за розробленою нами методикою селективної інфрачервоної фотокоагуляції дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії під доплерометричним контролем (патент на корисну модель Україна № 40438, Спосіб хірургічного лікування хронічного внутрішнього геморою / А. А. Шудрак, О. І. Уманець, Є. В. Цема, В. С. Нечай, О. П. Біба).

Традиційну інфрачервону фотокоагуляцію проводили за загальноприйнятою методикою [2]. Запропоновану нами селективну інфрачервону фотокоагуляцію під контролем доплерометрії виконували за наступною методикою. З допомогою проктоскопу з доплерометричним датчиком визначали топографію дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії, що залягають у підслизовому прошарку нижньоампулярного відділу прямої кишки. За допомогою інфрачервоного фотокоагулятора "Lumatec" (Німеччина) проводили точкову фотокоагуляцію (тривалість експозиції 3 секунди) ділянки слизової оболонки прямої кишки, де доплеро-

метрично візуалізована дистальна гілка верхньої прямокишкової артерії. Коагуляцію визначали достатньою при припиненні або значному послабленні доплерометричного сигналу (за необхідності проводили повторну 1-секундну експозицію). Топографію дистальних гілок верхньої гемороїдальної артерії у підслизовому прошарку нижньоампулярного відділу прямої кишки визначали за допомогою ультразвукового проктоскопу для доплерографії А.М.І. HAL-Doppler II (Австрія).

У контрольну групу увійшло 78 (55,3%) чоловіків та 63 (55,3%) жінки. 109 (77,3%) пацієнтів цієї групи були у віці від 25 до 54 років. Лише 11 (7,8%) хворих із контрольної групи були молодші та 21 (14,9%) хворий старший за цей вік. Вік хворих I досліджуваної групи коливався від 18 до 72 років, середній вік становив $42,4 \pm 2,8$ року. У 42 (29,8%) хворих контрольної групи було діагностовано ХВГ I ст., а у 99 (70,2%) пацієнтів — ХВГ II ст.

У досліджувану групу увійшло 59 (57,2) чоловіків та 43 (42,2%) жінки. Переважна частина хворих цієї групи — 79 (77,4%) пацієнтів — знаходилися у віці від 25 до 54 років, і лише 13 (12,8%) хворих були у віці старше 55 років. Вік хворих досліджуваної групи коливався від 18 до 76 років, середній вік становив $45,1 \pm 2,6$ року. У 38 (37,3%) хворих із досліджуваної групи було діагностовано ХВГ I ст., а у 64 (62,7%) пацієнтів — ХВГ II ст.

Оцінка якості життя у досліджуваних хворих проводилася за системою SF-32 (відповідно до протоколу Всесвітньої організації охорони здоров'я — WHOQOL від 1993 року). Методика оцінки якості життя за системою SF-32 полягає у визначенні восьми основних показників: фізична працездатність, фізичний стан, больовий синдром, загальне здоров'я, енергійність, соціальна роль, емоційний стан, психічне здоров'я. Для визначення цих показників хворому пропонується дати відповідь на 11 запитань зі спеціально розробленого опитувальника SF-32, за якими розраховували 8 показників якості життя. В залежності від варіантів відповідей, що обрав пацієнт, за спеціальними формулами розраховуються відповідні показники якості життя.

Мінімальні та максимально можливі показники якості життя наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Можливий діапазон коливань показників якості життя за системою SF-32

Показники якості життя	Мінімальне значення	Максимальне значення	Можливий діапазон коливань показника
Фізична працездатність	10	30	20
Фізичний стан	4	8	4
Больовий синдром	2	11	9
Загальне здоров'я	5	25	20
Енергійність	2	24	20
Соціальна роль	2	10	8
Емоційний стан	3	6	3
Психічне здоров'я	5	30	25

Ми провели оцінку якості життя у всіх хворих із ХВГ, які увійшли до контрольної та досліджуваної груп. Оцінка якості життя хворих проводилася до лікування та через 6 місяців, 1 рік та 2 роки після проведення малоінвазивного лікування.

Результати досліджень та їх обговорення. Отримані результати оцінки якості життя у хворих контрольної та досліджуваної груп до оперативного лікування та в різні терміни після лікування наведені у таблицях 2-5.

Таблиця 2

Показники якості життя хворих із ХВГ I-II ст. у контрольній та досліджуваній групах до малоінвазивного лікування

Показники якості життя	Досліджувана група (n=102)		Контрольна група (n=141)		Вірогідність різниці між середніми показниками якості життя в контрольній та досліджуваній групах (n=243)
	Середній показник (M)	Середня похибка (m)	Середній показник (M)	Середня похибка (m)	
Фізична працездатність	13,6	1,24	14,1	1,3	p>0,05
Фізичний стан	4,9	0,35	5,1	0,39	p>0,05
Больовий синдром	8,1	0,69	7,8	0,64	p>0,05
Загальне здоров'я	10,1	0,94	11,5	1,01	p>0,05
Енергійність	12,4	1,12	11,9	0,98	p>0,05
Соціальна роль	5,4	0,43	5,7	0,37	p>0,05
Емоційний стан	4	0,29	4,2	0,35	p>0,05
Психічне здоров'я	15,2	1,43	15,7	1,38	p>0,05

Таблиця 3

Показники якості життя хворих із ХВГ I-II ст. у контрольній та досліджуваній групах через 6 місяців після малоінвазивного лікування

Показники якості життя	Досліджувана група (n=97)		Контрольна група (n=122)		Вірогідність різниці між середніми показниками якості життя в контрольній та досліджуваній групах (n=243)
	Середній показник (M±m)	Вірогідність різниці з відповідним показником якості життя до лікування	Середній показник (M±m)	Вірогідність різниці з відповідним показником якості життя до лікування	
Фізична працездатність	23,9±2,05	p<0,01	14,1±1,3	p<0,05	p<0,05
Фізичний стан	7,2±0,44	p<0,01	5,1±0,39	p>0,05	p<0,05
Больовий синдром	4,1±0,36	p<0,01	7,8±0,64	p<0,01	p<0,05
Загальне здоров'я	20,4±1,27	p<0,01	11,5±1,01	p<0,01	p<0,05
Енергійність	20,1±1,73	p<0,01	11,9±0,98	p<0,05	p<0,05
Соціальна роль	8,7±0,41	p<0,01	5,7±0,37	p<0,01	p<0,05
Емоційний стан	5,9±0,3	p<0,01	4,2±0,35	p>0,05	p<0,05
Психічне здоров'я	25,6±2,23	p<0,01	15,7±1,38	p>0,05	p<0,05

Як видно з табл. 2, у хворих досліджуваної та контрольної груп до лікування всі показники якості життя суттєво не відрізнялися один від одного ($p > 0,05$).

З даних таблиці 3 видно, що через 6 місяців після малоінвазивного лікування в досліджуваній групі хворих має місце зменшення середнього показника больового синдрому ($p < 0,01$) та зростання всіх інших показників якості життя ($p < 0,05$), порі-

вняно з вихідним рівнем до лікування. У хворих контрольної групи має місце достовірне зростання ($p < 0,05$) середніх показників фізичної працездатності, загального здоров'я, енергійності, соціальної ролі, поряд зі зменшенням середнього показника больового синдрому ($p < 0,01$), тоді як середні показники фізичного стану, психічного здоров'я та емоційного стану суттєво не змінилися ($p > 0,05$), порівняно з вихідними значеннями до лікування.

Таблиця 4

Показники якості життя хворих із ХВГ I-II ст. у контрольній та досліджуваній групах через 1 рік після малоінвазивного лікування

Показники якості життя	Досліджувана група (n=89)		Контрольна група (n=114)		Вірогідність різниці між середніми показниками якості життя в контрольній та досліджуваній групах (n=243)
	Середній показник (M±m)	Вірогідність різниці з відповідним показником якості життя до лікування	Середній показник (M±m)	Вірогідність різниці з відповідним показником якості життя до лікування	
Фізична працездатність	23,4±2,0	$p < 0,01$	17,6±1,71	$p > 0,05$	$p < 0,05$
Фізичний стан	7,3±0,57	$p < 0,01$	5,8±0,45	$p > 0,05$	$p < 0,05$
Больовий синдром	4±0,37	$p < 0,01$	5,8±0,47	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Загальне здоров'я	19,7±1,42	$p < 0,01$	15,4±1,24	$p < 0,05$	$p < 0,01$
Енергійність	19,6±1,16	$p < 0,01$	16,2±1,22	$p < 0,01$	$p < 0,05$
Соціальна роль	8,7±0,66	$p < 0,01$	6,8±0,57	$p > 0,05$	$p < 0,05$
Емоційний стан	5,8±0,31	$p < 0,01$	4,9±0,31	$p > 0,05$	$p < 0,05$
Психічне здоров'я	23,4±2,11	$p < 0,01$	18,1±1,64	$p > 0,05$	$p < 0,05$

На контрольні огляди через 6 місяців після операції з'явилося 97 (95,1%) хворих досліджуваної та 122 (86,5%) хворих контрольної групи. На контрольні огляди через 1 рік після операції з'явилося 89 (87,2%) хворих досліджуваної та 114 (80,9%) хворих контрольної групи. На контрольні огляди через 2 роки після операції з'явився 81 (79,4%) хворий досліджуваної та 107 (75,9%) хворих контрольної групи.

Через 6 місяців після малоінвазивного лікування в досліджуваній групі хворих середній показник больового синдрому був достовірно нижчим ($p < 0,05$), а решта показників якості життя хворого — достовірно вищі ($p < 0,05$), порівняно з контрольною групою (див. табл. 3). Аналогічна тенденція відзначалася і на контрольних оглядах через 1 та 2 роки після лікування (див. табл. 4, 5).

Через 1 рік після малоінвазивного лікування в досліджуваній групі хворих показник больового синдрому був меншим ($p < 0,01$), а решта показників якості життя — більше ($p < 0,01$) від вихідного

рівня до лікування. У контрольній групі хворих через 1 рік після малоінвазивного лікування має місце достовірне зростання ($p < 0,05$) середніх показників загального здоров'я, енергійності, поряд із зменшенням середнього показника больового синдрому ($p < 0,05$), тоді як середні показники фізичного стану, фізичної працездатності, соціальної ролі, психічного здоров'я та емоційного стану суттєво не змінилися ($p > 0,05$), порівняно з вихідними значеннями до лікування.

В досліджуваній групі хворих через 2 роки після малоінвазивного лікування (див. табл. 5) показник больового синдрому залишався достовірно меншим ($p < 0,01$), а решта показників якості життя — більшими ($p < 0,01$), порівняно з вихідним рівнем до операції. У контрольній групі хворих через 2 роки після малоінвазивного лікування лише середній показник больового синдрому залишався достовірно меншим ($p < 0,05$), порівняно з вихідним рівнем, тоді як решта показників якості життя суттєво не відрізнялися від відповідних показників до лікування ($p > 0,05$).

Таблиця 5

Показники якості життя хворих із ХВГ I-II ст. у контрольній та досліджуваній групах через 2 роки після малоінвазивного лікування

Показники якості життя	Досліджувана група (n=81)		Контрольна група (n=107)		Вірогідність різниці між середніми показниками якості життя в контрольній та досліджуваній групах (n=243)
	Середній показник (M±m)	Вірогідність різниці з відповідним показником якості життя до лікування	Середній показник (M±m)	Вірогідність різниці з відповідним показником якості життя до лікування	
Фізична працездатність	25,1±2,13	p<0,01	16,2±1,45	p>0,05	p<0,01
Фізичний стан	6,8±0,46	p<0,01	5,4±0,42	p>0,05	p<0,05
Больовий синдром	3,8±0,27	p<0,01	6,1±0,51	p<0,05	p<0,01
Загальне здоров'я	18,4±1,43	p<0,01	13,5±1,26	p>0,05	p<0,01
Енергійність	21,1±1,87	p<0,01	12,4±1,1	p>0,01	p<0,01
Соціальна роль	8,3±0,67	p<0,01	6±0,5	p>0,05	p<0,01
Емоційний стан	5,9±0,37	p<0,01	4,6±0,33	p>0,05	p<0,01
Психічне здоров'я	24,8±2,15	p<0,01	18,1±1,47	p>0,05	p<0,01

Таким чином, у контрольній групі хворих через 6 місяців після лікування суттєво (p<0,05) покращилися 5 з 8 показників якості життя, тоді як через 1 рік після лікування достовірно кращими від вихідного рівня залишалися 3, а через 2 роки — лише 1 з 8 показників якості життя хворого. В досліджуваній групі хворих у терміни до 2 років всі 8 показників якості життя залишалися достовірно кращими (p<0,01), порівняно з вихідним рівнем. На контрольних оглядах через 6 міс., 1 та 2 роки в досліджуваній групі всі показники якості життя хворого виявилися достовірно кращими (p<0,05), порівняно з відповідними показниками контрольної групи.

Висновки. 1. Традиційна інфрачервона фотокоагуляція дозволяє через 6 місяців після лікуван-

ня суттєво (p<0,05) покращити 5 з 8 показників якості життя, через 1 рік — 3 з 8, а через 2 роки — лише 1 з 8 показників якості життя хворого (за системою SF-32).

2. Селективна інфрачервона фотокоагуляція дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії під доплерометричним контролем дозволяє в строки до 2 років після лікування достовірно (p<0,01) покращити всі 8 показників якості життя хворого (за системою SF-32).

3. Селективна інфрачервона фотокоагуляція дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії під доплерометричним контролем дозволяє досягти достовірно кращих (p<0,05) показників якості життя пацієнта, порівняно з традиційною методикою інфрачервоною фотокоагуляцією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лікування геморою в лікувальних закладах Міністерства оборони України: Методичні рекомендації / М.Л. Рубцов, Я.Л. Заруцький, В.Г. Конєв [та ін.]. — К., 2005. — 40с.
2. Мішалов В.Г. Порівняльний аналіз функціональних результатів малоінвазивного лікування хворих з хронічним внутрішнім гемороєм з використанням інфрачервоної фотокоагуляції / В.Г. Мішалов, Є.В. Цема // Хірургія України. — 2009. — № 1. — С. 80-85.
3. Отдаленные результаты лечения больных с хроническим внутренним геморроем с использованием инфракрасной фотокоагуляции / И.А. Лурия, А.А. Шудрак, Е.И. Уманец [и др.] // Материалы I съезда колопроктологов СНГ. Сборник научных трудов. — Ташкент, 2009. — С. 280-281.
4. Палиєнко Р.К. Стандартизація метода вакуумного лігирования геморроїдальних узлов / Р.К. Палиєнко // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2008. — №2. — С. 27-31.
5. Палиєнко Р.К. Профілактика ускладнень після гемороїдектомії / Р.К. Палиєнко // Науковий вісник Ужгородського університету. — 2003. — № 20. — С. 25-29.
6. Практична колопроктологія / В.М. Масляк, М.П. Павловський, Ю.С. Лозинський, І.М. Варивода. — Львів: Світ, 1993. — 144с.

7. Русин В.І. Довідник з колопроктології: Навчальний посібник / В.І. Русин, Ю.Ю. Боршош, С.М. Чобей. – Ужгород, 2001. – 174с.
8. Сучасні принципи діагностики та лікування геморою: Методичні рекомендації / М.П. Захараш, О.І. Пойда, В.М. Мальцев [та ін.]. — К., 2002. — 23с.
9. Charua Guindic L. Infrared photocoagulation in the treatment of hemorrhoids / L. Charua Guindic, O. Avendano Espinosa, F. Hernandez Cazares // Rev. Gastroenterol. Mex. — 1998. — Vol. 63, №.3. — P. 131-134.
10. Dimitroulopoulos D. Prospective, randomized, controlled, observer-blinded trial of combined infrared photocoagulation and micronized purified flavonoid fraction versus each alone for the treatment of hemorrhoidal disease / D. Dimitroulopoulos // Clin. Ther. — 2005. — Vol. 27, №. 6. — P. 746–754.
11. Gupta P.J. Ambulatory hemorrhoid therapy with radiofrequency coagulation. Clinical practice paper / P.J. Gupta // Rom. J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 14, №. 1. — P. 37–41.

SUMMARY**ESTIMATION OF QUALITY OF LIFE AT PATIENTS WITH CHRONIC INTERNAL HEMORRHOIDS WHO TREATED WITH USE THE INFRARED PHOTOCOAGULATION****Paliyenko R.K., Shudrak A.A., Tsema E.V., Umanets O.I., Nechaj V.S., Biba O.P.**

The results of estimation of quality of life at patients with chronic internal hemorrhoids with use the infrared photocoagulation are presented in the article. 141 (58%) patients with internal hemorrhoids I-II degree who were treated by traditional method of infrared photocoagulation were included in the control group. 102 (42%) patients with internal hemorrhoids I-II degree who were treated by designed by us method of the selective infrared photocoagulation of the superior rectal artery's distal branches with Doppler-control were included in the group of research. Estimation of quality of life carried out before operative treatment and in 6 months, 1 and 2 years after operation by questioning on system SF-32 (according to report of World Health Organization – WHOQOL from 1993). The following parameters of quality of life were estimated: physical serviceability, physical condition, painful syndrome, common health, vitality, social role, emotional condition, mental health. 5 from 8 parameters of quality of life were authentic better ($p<0.05$) from its parameters before operation in 6 months after treatment in the control group of patients. 3 from 8 parameters of quality of life were authentic better ($p<0.05$) from its parameters before operation in 1 year after treatment in the control group of patients. Only 1 from 8 parameters of quality of life was authentic better ($p<0.05$) from it parameter before operation in 2 years after treatment in the control group of patients. All 8 parameters of quality of life were authentic better ($p<0.01$) from its parameter before operation in 6 months, 1 et 2 years after treatment in the group of research.

Key words: quality of life, chronic internal hemorrhoids, miniinvasive treatment, infrared photocoagulation