



О. М. Шевченко,
В. М. Лихман,
А. О. Меркулов, С. В. Ткач,
І. А. Кулик, В. П. Клименко,
С. В. Сучков

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України», м. Харків

Харківський національний медичний університет

© Колектив авторів

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ НИЗЬКИХ ПЕРЕДНІХ РЕЗЕКЦІЙ ПРЯМОЇ КИШКИ З ФОРМУВАННЯМ ШТУЧНИХ РЕЗЕРВУАРІВ

Резюме. Досліджено якість життя пацієнтів у різні терміни після низької резекції прямої кишки. Було обстежено 31 пацієнта після низької передньої резекції з формуванням нової «ампули» прямої кишки і 22 пацієнти групи порівняння з прямим колоректальним анастомозом. Контрольну групу (n=15) було представлено здоровими волонтерами, схожими з учасниками основної та групи порівняння за статтю та віком. Порівняння показників Wexner score і SF-36 дозволяє зробити висновок про те, що значну роль у рівні якості життя в усі терміни після операції низької передньої резекції прямої кишки відіграє стан утримання калу.

Ключові слова: резекція прямої кишки, якість життя.

Вступ

Багато підходів до оперативного лікування як злоякісних, так і доброякісних захворювань прямої кишки зазнають сьогодні суттєві зміни [4]. Загальною тенденцією при цьому є розширення показань до відновлення природного пасажу по товстій кишці зі збереженням або відтворенням анального сфінктера та відмовою від формування постійної ілео- або колостоми [2, 5]. Для визначення перспектив розвитку нових технологій необхідні адекватні способи оцінки результатів їх застосування.

Крім кількісних показників, що характеризують результати хірургічних втручань (кількість післяопераційних ускладнень, летальність, виживання хворих і т. д.), все більшого значення набувають якісні методи дослідження, одним з яких є оцінка якості життя пацієнтів [3]. Числове вираження останнього дозволяє охарактеризувати фізичне, психологічне, емоційне і соціальне функціонування хворого на основі його суб'єктивного сприйняття [7]. Пряме вимірювання якості життя дозволить більш точно відобразити результати лікування при патології прямої кишки. Особливу роль цей метод набуває тоді, коли порівняння за іншими показниками не дає суттєвих відмінностей при оцінці різних варіантів лікування [1].

Проте в даний час відзначається певна нестача інструменту, який дозволяє адекватно і точно досліджувати якість життя після втручань на прямій кишці [6]. Більшість дослідників, які професійно займаються вивченням якості життя, в зміст цього поняття вкладають оцінку стану основних функцій життєдіяльності людини: фізичної, психічної, соціальної та духовної [1, 2, 4-7]. Тому якість життя слід розглядати як інтегральний критерій ефективності реабілітації після лікування хворих з

приводу тяжких захворювань, які призводять до інвалідизації або стійкої втрати працездатності. Зазначений критерій дозволяє зробити оцінку адаптації пацієнта після проведеного лікування до звичних для нього умов життя та встановити ступінь його реінтеграції в суспільство [5, 9].

Чинниками, що роблять негативний вплив на якість життя та соціально-трудову реабілітацію у онкопроктологічних хворих слід вважати виконання багатоетапних оперативних втручань, виникнення локорегіонарного рецидиву захворювання, наявність віддалених метастазів, пізніх післяопераційних ускладнень, патологічних станів, що обумовлені видаленням важливих у функціональному відношенні анатомічних відділів товстої кишки [2]. До числа основних чинників поліпшення якості життя та соціально-трудової реабілітації онкопроктологічних хворих слід віднести виконання досить радикальних, відновних і особливо реконструктивно-відновних операцій, ефективну профілактику та лікування післяопераційних ускладнень, рецидивів захворювання, віддалених метастазів, а також патологічних станів, що обумовлені видаленням важливих у функціональному відношенні анатомічних відділів товстої кишки.

Основна мета, яку переслідує хірург при операції на прямій кишці, – збереження максимально можливого високого рівня якості життя хворого, забезпечення його соціальної та трудової реабілітації.

Таким чином, сьогодні ні в кого не викликає сумнівів факт необхідності детального вивчення суб'єктивних показників життєдіяльності пацієнта в найближчі та віддалені терміни після операції, за результатами яких можна судити про переваги чи недоліки того чи іншого методу хірургічного лікування.



Таблиця 1

Показник рівня калового тримання по Wexner score

Тип нетримання	Частота				
	Ні-коли (0)	Рідко <1 в місяць	Інколи <1 в неділю, >1 в місяць	Часто <1 в день, >1 в неділю	Завжди >1 в день
Тугий кал	0	1	2	3	4
Рідкий кал	0	1	2	3	4
Газ	0	1	2	3	4
Застосування прокладок	0	1	2	3	4
Зміна способу життя	0	1	2	3	4

Матеріал та методи досліджень

У дане клінічне дослідження увійшли 82 хворих. Першу (основну) групу склали 44 пацієнти, які оперовані із застосуванням розробленої методики формування шароподібного резервуара з низводимого відділу ободової кишки. Друга група (група порівняння) – 38 пацієнтів після операцій з прямим колоректальним анастомозом. Чоловіків було 51 (62,1 %), жінок – 31 (37,9 %); вік пацієнтів становив від 36 до 72 років (у середньому (57,4±12,6) років). Серед пацієнтів основної групи і групи порівняння відповідно 41 (93,1 %) і 36 (94,7 %) оперовані з приводу аденокарциноми верхнього та середньоампулярного відділів прямої кишки. У 3 (6,8 %) і 2 (5,3 %) пацієнтів показанням до операції була ворсинчаста аденома з локалізацією в середньо- або верхньоампулярному відділах, розміри якої перевищували 3 см, що перешкоджало виконанню малоінвазивної операції (ендоскопічної або трансанальної резекції слизової з пухлиною).

Операції виконувалися в плановому порядку, після відповідної передопераційної підготовки, з нижньосереднього доступу під ендотрахеальним комбінованим наркозом.

При проведенні обстеження пацієнту пропонували заповнити анкети, на підставі відповідей за якими судили про рівень якості життя до і після операції, а також ступеня соціальної та трудової реабілітації в післяопераційному періоді.

Визначення якості життя до і після операції проводили за опитувальником SF-36, який включає 36 пунктів, згрупованих у 8 шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесна біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 представляє повне здоров'я, всі шкали формують два показники: душевне і фізичне благополуччя. Результати представляються у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами, складеним таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень якості життя. Пацієнт витрачав на заповнення опитувальника близько 10 хвилин.

Wexner score являє собою шкалу оцінки тримання калу. Максимальна кількість балів – 20 свідчить про повне нетримання калу і газів, навпаки, 0 вказує на хорошу функцію замикального апарату (табл. 1).

Результати досліджень та їх обговорення

Всього в дослідження якості життя в різні терміни після операції було включено 31 пацієнт після низької передньої резекції з формуванням нової «ампули» прямої кишки і 22 пацієнти групи порівняння з прямим колоректальним анастомозом.

Контрольну групу (n=15) було представлено здоровими волонтерами, схожими з учасниками основної і групи порівняння за статтю та віком. Зведені дані про пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, наведено в табл. 2.

Таблиця 2

Пацієнти, які взяли участь у вивченні якості життя після операції на прямій кишці

Досліджувані групи	n	Сроки після операції (міс.)			
		1,5–3	6–12	24	36–60
Основна	31	31	31	27	18
Порівняння	22	22	22	16	14
Контрольна		15			

При проведенні фіброколоноскопії та ендоскопічної ультрасонографії у оперованих пацієнтів було встановлено позитивний вплив створеного резервуара, який вже з перших тижнів після операції дозволяв знизити негативний вплив кишкового калотока на репаративні процеси в слизовій оболонці і скоротити частоту ерозивних форм післяопераційних анастомозитів у порівнянні з прямим колоректальним анастомозом з 12,4 до 5,1 %, і як наслідок, зменшити частоту розвитку рубцевих стриктур прямої кишки (p<0,05). Крім того, набряк в зоні анастомозу є природною перешкодою для пасажу калових мас, що у пацієнтів з прямим колоректальним анастомозом призводить до вторинних запальних змін стінки кишки і розвитку рефлекторного спастичного коліту. Останній викликає розвиток у 61,2 % пацієнтів атрофії слизової оболонки кишки у віддаленому періоді, тоді як в основній групі прояви атрофічного коліту у віддалені терміни відзначені лише у 26,8 % хворих.

У ранні терміни після операції у пацієнтів в основній та групі порівняння головні скарги були на нетримання рідкого калу і газів. Все це неминуче вимагало зміни способу життя, обмежувало трудову і соціальну реабілітацію хворих. Протягом першого року після операції відбувається значне поліпшення стану тримання калу в обох групах, але в першу чергу у пацієнтів зі штучною «ампулою» (основна група). По закінченні, після операції, одного

року і більше, за рахунок включення в роботу резервуара відбувалася адаптація організму до виниклої ситуації, і через 2 роки різниця в рівні тримання калу у пацієнтів з кишковим резервуаром і порівнюваною групою стає достовірною (табл. 3).

Таблиця 3

Показники Wexner score в різні терміни після операції

Досліджувані групи	Сроки після операції (міс.)			
	1,5–3	6–12	24	36–60
Основна	12,9±2,4**	8,4±1,1*	4,6±1,03*	4,4±0,26*
Порівняння	14,3±1,7	12,9±0,3	11,2±0,4	8,1±0,5
Контрольна	1,2±0,01			

Примітка: * $p < 0,01$; ** $p > 0,1$.

У терміни від 3 до 5 років після операції показники тримання калу у пацієнтів основної групи за шкалою Wexner наближалися до нормальних показників, складаючи $4,4 \pm 0,26$, а у хворих групи порівняння залишалися на високих цифрах ($8,1 \pm 0,5$ бала), що дозволяло говорити про недостатню компенсацію резервуарної функції у пацієнтів з «прямим» коло-ректальним анастомозом.

Таким чином, результати вивчення функції тримання калу у хворих після низької передньої резекції за допомогою шкали Wexner показали, що сформована штучна «ампула» прямої кишки сприяє профілактиці анальної інконтиненції як провідного симптому синдрому «low anterior resection».

Оцінюючи якість життя за опитувальником SF-36, відзначали зниження показників рівня якості життя в ранні терміни після операції, що обумовлено як безпосередньо операційною травмою, так і виниклими новими анатомо-фізіологічними взаєминами. Однак динамічне спостереження за пацієнтами в найближчі та віддалені терміни після операції демонструє «зростання» якості життя в обох групах.

Встановлено, що вже в найближчому, а тим більше у віддаленому післяопераційному періоді показники якості життя в основній групі наближаються до середніх значень по всіх категоріях питань. При цьому у віддаленому післяопераційному періоді відзначаються достовірні відмінності якості життя у пацієнтів з кишковим резервуаром і після стандартної операції. В основній групі відносно низькі показники МН (Mental health – психічне здоров'я) і VT (Vitality – життєва активність) можна пояснити характером процесу, що призвів до операції. Разом з тим порівняно високі показники шкали RP (Role-Physical functioning - рольове функціонування) і SF (Social functioning – соціальне функціонування) свідчать про відновлення фізичного та соціального стану пацієнта, що сприятливо позначається на його повсякденній діяльності.

Порівняння показників Wexner score і SF-36 дозволяє зробити висновок про те, що значну роль у рівні якості життя в усі терміни після операції низької передньої резекції прямої кишки відіграє стан тримання калу. Так, якщо в ранні терміни після операції відзначаються виражені прояви інконтиненції, то і дані SF-36 вказує на зниження якості життя, і навпаки, коли у віддаленому післяопераційному періоді відбувається відновлення резервуарної функції прямої кишки, рівень якості життя по SF-36 підвищується.

Висновки

Формування кишкового резервуара після низької передньої резекції дозволяє значно підвищити рівень якості життя, зменшити прояви анальної інконтиненції, забезпечуючи високу ступінь соціальної та трудової реабілітації хворого. Застосування Wexner score є об'єктивним методом оцінки якості життя хворих після низької передньої резекції прямої кишки з формуванням кишкового резервуара.



ЛІТЕРАТУРА

1. Баранов А. А. Оценка качества жизни – новый инструмент комплексного обследования гастроэнтерологического больного / А. А. Баранов, А. С. Потапов, Е. С. Дублина // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 38–43.
2. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине : 2-е изд., под. ред. Ю. Л. Шевченко / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
3. Царьков П. В. Хирургическая реабилитация больных раком нижнего отдела прямой кишки и анального канала: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / П. В. Царьков. – М., 1997. – 36 с.
4. Чеканов М. Н. Сохранение и реконструкция удерживающих структур тазового дна в хирургии прямой кишки : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. Н. Чеканов – Новосибирск, 2005. – 41 с.
5. Cotrim H. Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care / H. Cotrim, G. Pereira // Eur. J. Oncol. Nurs. – 2008. – Vol. 12, № 3. – P. 217–226.
6. Fucini C. Quality of life among five-year survivors after treatment for very low rectal cancer with or without a permanent abdominal stoma / C. Fucini, R. Gattai, C. Urena // Ann. Surg. Oncol. – 2008. – Vol. 15, № 4. – P. 1099–1106.
7. Guren M. G. Quality of life and functional outcome following anterior or abdominoperineal resection for rectal cancer / M. G. Guren, M. T. Eriksen, J. N. Wiig // Eur. J. Surg. Oncol. – 2005. – Vol. 31, № 7. – P. 735–742.
8. Holzer B. Do geographic and educational factors influence the quality of life in rectal cancer patients with a permanent colostomy / B. Holzer, K. Matzel, T. Schiedeck // Dis. Colon. Rectum. – 2005. – Vol. 48, № 12. – P. 2209–2216.
9. Ito N. Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy / N. Ito, M. Tanaka, K. Kazuma // J. Wound Ostomy Continence Nurs. – 2005. – Vol. 32, № 3. – P. 178–183.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НИЗКИХ
ПЕРЕДНИХ РЕЗЕКЦИЙ
ПРЯМОЙ КИШКИ С
ФОРМИРОВАНИЕМ
ИСКУССТВЕННЫХ
РЕЗЕРВУАРОВ

*О. Н. Шевченко,
В. Н. Лихман, А. А. Меркулов,
С. В. Ткач, И. А. Кулик,
В. П. Клименко, С. В. Сучков*

Резюме. Исследовано качество жизни пациентов на разных сроках после резекции прямой кишки. Был обследован 31 пациент после низкой передней резекции с формированием новой «ампулы» прямой кишки и 22 пациента группы сравнения с прямым колоректальным анастомозом. Контрольная группа (n=15) была представлена здоровыми волонтерами, схожими с участниками основной и группы сравнения по полу и возрасту. Сравнение показателей Wexner score и SF-36 позволяет сделать вывод о том, что значительную роль в уровне качества жизни на всех сроках после операции передней резекции прямой кишки играет состояние удержания кала.

Ключевые слова: *резекция прямой кишки, качество жизни.*

THE QUALITY OF LIFE OF
PATIENTS AFTER LOWER
ANTERIOR RESECTION OF
THE RECTUM WITH THE
FORMATION OF ARTIFICIAL
RESERVOIRS

*O. N. Shevchenko,
V. M. Lihman, A. O. Merkulov,
S. V. Tkach, I. A. Kulik,
V. P. Klimenko, S. V. Suchkov*

Summary. We investigated the quality of life of patients at different times after low resection of the rectum. 31 patients were examined after low anterior resection with the formation of a new «ampulla» of the rectum and 22 patients of the comparison group with direct colorectal anastomosis. The control group (n = 15) was presented by healthy volunteers, similar to the main participants in the comparison group and by sex and age. Comparison of the Wexner score and SF-36 leads to the conclusion that a significant role in the level of quality of life in all periods after surgery low anterior resection of the rectum is the state holding feces.

Key words: *resection of the rectum, the quality of life.*