На правах рукописи

Андреев Алексей Владимирович

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОЛОСТОМИРУЮЩИЕ И СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ

14.01.17 – хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель:
доктор медицинских наук Чеканов Михаил Николаевич

Официальные оппоненты:
доктор медицинских наук Анищенко Владимир Владимирович
доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент РАМН Дамбаев Георгий Цыренович

Ведущая организация: Учреждение Российской академии медицинских наук Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского РАМН (г. Москва)

Защита диссертации состоится «____»_____2010 г. в_____часов на заседании диссертационного совета Д 208.062.03 при Новосибирском государственном медицинском университете (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52; тел.: (383) 229-10-83)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52)

Автореферат разослан «__._»_____ 2010 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор В. В. Атаманов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Во всём мире отмечается устойчивый рост заболеваемости новообразованиями прямой кишки. (Ривкин В. Л., 2001; Чиссов В. И., 2005; Соловьев И. А., 2007; Аксель Е. М, 2008). В этой связи возрастает количество соответствующих радикальных резекционных вмешательств (Delaini G. G., 2005). На протяжении века «золотым стандартом» в лечении колоректального рака являлась операция W. E. Miles (Аюпов Р. Т., 2009), ведущая, однако, к инвалидизации и всесторонней дезадаптации пациентов (Суханов В. Г., 2003, Cataldo P. A., 2004).

Последние десятилетия ознаменовались существенным прогрессом в хирургии прямой кишки: разработкой сфинктеросохраняющих методов, доказавших свою онкологическую радикальность (Царьков П. В., 1997; Яицкий Н. А., Нечай И. А., 2001; Bleday R., 2007; Шкрадюк А. В., 2009). Брюшно-промежностная экстирпация утрачивает статус операции выбора при ректальном раке даже в случаях «низких» локализаций опухоли. В специализированных лечебных учреждениях до 70 % – 80 % всех радикальных вмешательств при раке прямой кишки составляют сфинктеросохраняющие операции (Кныш В. И., 1997; Покровский Г. А., 1998, Koller M., 1998).

Основным побудительным мотивом к изменению хирургической техники стало стремление улучшить функциональные результаты. Этому послужило убеждение, что самочувствие у людей с колостомой (после брюшно-промежностной экстирпации) хуже, чем у пациентов, оперированных с использованием любой сфинктеросохраняющей техники (Guillem J. G., 1999).

Современная оценка результатов лечения является многосторонней и, помимо рассмотрения количественных показателей и учета промежуточных данных, все чаще подразумевает исследование качества жизни, связанного со здоровьем. Возможности оценки последнего сегодня достигли высокого развития и полностью вписываются в концепцию доказательной медицины (Ветшев П. С., 2000; Шевченко Ю. Л., 2005, Новик А. А., 2007; Добровольский С. Р., 2008).

Накопленный мировой опыт операций и совершенствование систем оценки результатов заставили более критично взглянуть на функциональные результаты низких и сверхнизких резекций (Anthony T., 2003; Pachler J., 2006). Качество жизни пациентов после указанных вмешательств, при его корректной оценке, зачастую оказывается скомпрометированным и нередко может быть даже худшим, чем после брюшно-промежностной экстирпации (Camilleri-Brennan J., 2001; Grumann M. M., 2001; Cornish J. A., 2007).

Цель исследования. Объективизация оценки качества жизни пациентов после различных радикальных резекционных вмешательств на прямой кишке и выявление факторов, негативно влияющих на функциональный результат.

Задачи исследования:

1. Оценить качество жизни и уровень калового недержания у пациентов, перенесших различные типы сфинктеросохраняющих резекций прямой кишки.
2. Оценить качество жизни пациентов, перенесших радикальные колостомирующие операции на прямой кишке.
3. Изучить зависимость качества жизни от уровня произвольного контроля над каловым держанием.
4. Выявить факторы, значимо влияющие на качество жизни и уровень калового недержания.

Научная новизна. Проведена сравнительная оценка качества жизни с помощью общепризнанных инструментов после различных вариантов хирургического лечения патологии прямой кишки: колостомирующих и сфинктеросохраняющих резекций, в зависимости от техники операции и высоты формирования анастомоза (передняя, низкая передняя, брюшно-анальная и интерсфинктерная резекции). Выполнен анализ корреляций между уровнем калового недержания по Wexner score, высотой формирования анастомоза и качеством жизни. Детализированы факторы, влияющие на послеоперационное качество жизни пациентов, перенесших ректальные резекции. Выявлена группа пациентов с наибольшим риском неудовлетворительных функциональных результатов. Впервые исследованы,

дифференцированы и сопоставлены показатели качества жизни у пациентов с сохраненным и измененным каловым пассажем в отечественных условиях.

Практическая значимость. Исследование качества жизни пациентов, перенесших радикальные колостомирующие и сфинктеросохраняющие операции на прямой кишке, с помощью стандартных инструментов при строгих критериях включения позволило пересмотреть ряд устоявшихся эмпирических представлений и объективно оценить функциональные результаты указанных вмешательств, используемых в практике отечественной хирургии.

Характер полученных данных дал возможность провести сопоставление их с результатами зарубежных исследований. Дифференцированное рассмотрение качества жизни среди пациентов с сохраненным каловым пассажем позволило по отдельности оценить функциональные результаты разных типов сфинктеросохраняющих вмешательств, выявить группу повышенного риска в аспекте неудовлетворительного качества жизни и скорректировать дополнительные противопоказания к операциям.

Положения, выносимые на защиту:

1. Функциональные результаты сфинктеросохраняющих вмешательств не являются однородными, а зависят от способа операции и высоты формирования анастомоза.

2. Уровень калового недержания и качество жизни после низких передних резекций находятся на приемлемом уровне.

3. Трансанальная мобилизация прямой кишки является определяющим фактором в критическом снижении функционального результата после брюшно-анальной и интерсфинктерной резекций.

4. Выбор в пользу брюшно-анальной и интерсфинктерной резекции прямой кишки, опирающийся на предположение о лучшем качестве жизни после них, в сравнении с колостомирующими вмешательствами, является необоснованным.

Апробация диссертации. Основные положения работы представлены на заседании Новосибирского хирургического общества (Новосибирск, 2009), на

III съезде хирургов Сибири и Дальнего Востока (Томск, 2009), на II международной конференции «Российская школа колоректальной хирургии» (Москва, 2009) и на совместном заседании кафедр общей хирургии, факультетской хирургии, госпитальной хирургии, детской хирургии лечебного факультета, кафедры хирургии ФПК и ППВ НГМУ (Новосибирск, 2010).

Внедрение результатов исследования. Результаты работы внедрены в клиническую практику хирургических отделений МБУЗ «Городская клиническая больница № 25» (г. Новосибирск) и стационара ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России» (г. Новосибирск), а также используются в учебно-методической деятельности кафедры общей хирургии Новосибирского государственного медицинского университета.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 6 научных работ, 2 из них – в журналах, рекомендуемых ВАК для публикации материалов диссертационных исследований.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 131 странице машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, двух глав описаний собственных исследований, обсуждения, заключения, выводов, практических рекомендаций и библиографического указателя; содержит 12 таблиц и 33 рисунка. Библиографический указатель включает 198 работ (55 отечественных и 143 зарубежных авторов).

Личное участие автора. Клинический материал, представленный в диссертации, обработан и проанализирован лично автором. Опубликованные работы написаны автором или при непосредственном его участии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Государственной Новосибирской областной клинической больницы.

Дизайн исследования. Выполнено ретроспективное исследование качества жизни (КЖ) пациентов, перенесших радикальные операции на прямой кишке, завершившиеся формированием колостомы или анастомоза. Сроки сбора данных: март 2007 г. – ноябрь 2008 г. Клинические базы:

Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирский областной онкологический диспансер, Городская клиническая больница № 11, Городская клиническая больница № 25, Дорожная клиническая больница, Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства. Изучены истории болезни и дополнительная медицинская документация всех тематических пациентов с глубиной поиска – 5 лет (с января 2001 по февраль 2006 года). Из предварительно отобранных 653 случаев критериям включения соответствовали 386, среди данных пациентов проведено анкетирование. Получено 188 (48,5 %) ответов: при этом 60 возвращено почтой по причине недоступности адресата (в том числе в связи со смертью – 37 случаев). Анализ ответов показал, что 9 пациентов подверглись закрытию колостомы, 2 анкеты не подлежали обработке в связи с ненадлежащим заполнением. Ряду респондентов для уточнения информации дополнительно проведено телефонное интервьюирование. Окончательный объем выборки составил 117 клинических случаев.

Критерии включения в исследование: перенесенная радикальная резекционная операция на прямой кишке, окончившаяся формированием колоректального или колоанального анастомоза либо формированием постоянной одноствольной колостомы; срок от операции до включения – не менее 12 месяцев; отсутствие явных признаков прогрессирования или рецидива основного заболевания, восстановительных операций до момента исследования, сопутствующих заболеваний, способных существенно повлиять на КЖ; информированное согласие и личное участие пациента в анкетировании; полное заполнение предложенных опросников.

По типу восстановления пассажа кала и уровню анастомоза все случаи условно разделены на 4 группы:

– передняя резекция прямой кишки — «ПР» (уровень формирования анастомоза выше 7 см от анокутанной линии);

– низкая передняя резекция — «НПР» (уровень формирования анастомоза ниже 7 см от анокутанной линии);

– сверхнизкая резекция прямой кишки с трансанальным этапом мобилизации — «СНРТЭ» формирование анастомоза в непосредственной близости от зубчатой линии (БАР, ИСР);

– колостомирующие радикальные операции – «Стома» (БПЭ, операции типа Гартмана).

Пациенты. В анализируемой выборке из 117 человек было 44 (37,6 %) пациента мужского и 73 (62,4 %) – женского пола в возрасте от 33 до 81 года. Средний возраст – 64,2 ± 9,6 года. Превалировали пациенты онкологического профиля – 107 случаев (91,5 %), из них: I стадия по FIGO – 35 (32,7 %), II – 42 (39,3 %), III – 30 (28 %). Пациенты с IV стадией изначально исключены. Распределение по локализации нижнего полюса опухоли: ректосигмоидный отдел – 7 (5,9 %), верхнеампулярный – 24(20,5 %), среднеампулярный – 38 (32,5 %), нижнеампулярный – 47 (40,2 %), анальный канал – 1 (0,9 %).

Таблица 1

Распределение пациентов по типам и группам операций

Вид вмешательства	Количество	Группа	Количество
Высокая передняя резекция	24 (20,6 %)	ПР	24 (20,6 %)
Низкая передняя резекция	27 (23,1 %)	НПР	27 (23,1 %)
Брюшно-анальная резекция	20 (17,1 %)	СНРТЭ	27 (23,0 %)
Интерсфинктерная резекция	7 (5,9 %)		
Брюшно-промежностная экстирпация	22 (18,8 %)	Стома	39 (33,3 %)
Операции типа Гартмана	17 (14,5 %)		

В структуре операций сфинктеросохраняющих было 78 (66,7%), колостомирующих – 39 (33,3%).

Сформированные группы оказались сопоставимыми по возрасту, полу, стадии онкологического заболевания (в случае такового), сроку после операции, наличию сопутствующей патологии.

Методы исследования. Сбор актуальных данных осуществлялся путем почтового анкетирования. В анкете были предложены: общий опросник КЖ – MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF - 36), специальный опросник КЖ – Fecal Incontinence Quality of Life score (FIQL), шкала для определения уровня фекального недержания – Clevelend Clinic Continence Score questionnarie (Wexner score) и собственные уточняющие вопросы.

Статистический анализ. Для выявления значимых различий между группами по результатам опросников SF-36, FIQL и Wexner score, парных сравнений в группах и оценки взаимного влияния признаков использованы критерии Краскела-Уоллиса, Данна, корреляции Спирмена соответственно. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принят равным 0,05. Характеристики выборок представлены в виде медианных значений с интерквантильными размахами 25 % и 75 %. Расчеты и графическое представление результатов осуществлены программами SPSS 11.5, Statistica 7.0, MS Excel из пакета MS Office 2003 и 2007.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В связи с изначальной направленностью исследования на сравнение исключительно функциональных результатов различных типов резекционных вмешательств на прямой кишке и минимизациею систематических ошибок, связанных с отбором пациентов или «человеческим фактором», все пациенты были разделены на сопоставимые группы, исходя только из признака высоты и способа формирования анастомоза. Потеря данных, обусловленная сущностью почтового анкетирования, была сравнима с литературными показателями. Учитывая ретроспективный и многоцентровой характер исследования, оказались невозможными оценка влияния ряда факторов (в т. ч. адьюваного лечения) и объективное инструментальное обследование пациентов. Однако, последнее, относимое к спектру «суррогатных» критериев, не выполнялось умышленно, а функциональные результаты оценивались исключительно с позиции качества жизни как одного из истинных критериев. Для повышения уровня достоверности исследования использовались стандартные опросники.

Результаты по основным шкалам SF-36 представлены в виде «нативных» (таб. 2), а по суммационным компонентам здоровья – в виде «нормированных» показателей (рис. 1). Ввиду отсутствия нормирования последних для России, использованы актуальные нормы здорового населения США от 1998 г.

Таблица 2

Качество жизни по опроснику SF-36 (Me (25 %; 75 %)

	ПР	**НПР**	**СНРТЭ**	**Стома**
Физическое функционирование (PF)	75,0 (60; 92,5)	60,0 (33,3; 85,0)	75,0 (45,0; 95,0)	47,5 (25,0; 70,0)
Ролевое физическое функционирование (RP)	50,0 (12,5; 100)	25,0 (0; 50,0)	0 (0; 25)	0 (0; 0)
Интенсивность боли (BP)	63,0 (51,0; 92,0)	51,0 (41,0; 60,0)	62,0 (41,0; 100,0)	41,0 (32,0; 62,0)
Общее состояние здоровья (GH)	42,0 (31,0; 55,0)	40,0 (41,0; 74,0)	43,0 (30,0; 55,0)	32,5 (20,0; 45,0)
Жизненная активность (VT)	57,5 (47,5; 72,5)	55,0 (40,0; 65,0)	42,5 (35,0; 65,0)	37,5 (30,0; 50,0)
Социальное функционирование (SF)	75,0 (62,5; 87,5)	62,5 (50,0; 75,0)	43,75 (37,5; 62,5)	50,0 (37,5; 62,5)
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	33,3 (33,3; 100,0)	0 (0; 100)	0 (0; 33,3)	0 (0; 0)
Психическое здоровье (MH)	65,35 (48,0; 76,0)	60,0 (40,0; 76,0)	54,0 (48,0; 64,0)	44,5 (36,0; 56,0)

- $p < 0,05$
- $p < 0,01$

Значимые различия при парном сравнении отмечены цветом

При анализе результатов опроса, в целом, выявлено симметричное снижение показателей от группы передних резекций к группе стомирующих операций. В группе «ПР» отмечаются высокие значения по всем шкалам. Показатели жизненной активности (VT), физической боли (BP), а так же физического (PF) и социального функционирования (SF) приближаются к общепопуляционным. В группе «НПР» по всем шкалам наблюдается сравнительное снижение показателей, относительно группы «ПР», однако статистической значимости этих отличий нет. Группа «СНРТЭ» демонстрирует

большее снижение значений КЖ относительно группы передних резекций со значимыми различиями по шкалам физического (PF) и социального (SF) функционирования, ролевого физического (RP) функционирования и жизненной активности (VT) ($p < 0,05$). Минимальные показатели регистрируются по всем пунктам в группе стомированных больных. Статистически значимыми ($p < 0,05$ или $p < 0,01$) в данной группе являются уменьшения показателей в сравнении с группой «ПР» по всем шкалам, кроме общего состояния здоровья (GH), с группой «НПР» – по части общего состояния здоровья (GH) и интегрального психологического компонента здоровья (MCH). Значимых различий между стомированной и группой «СНРТЭ» нет.

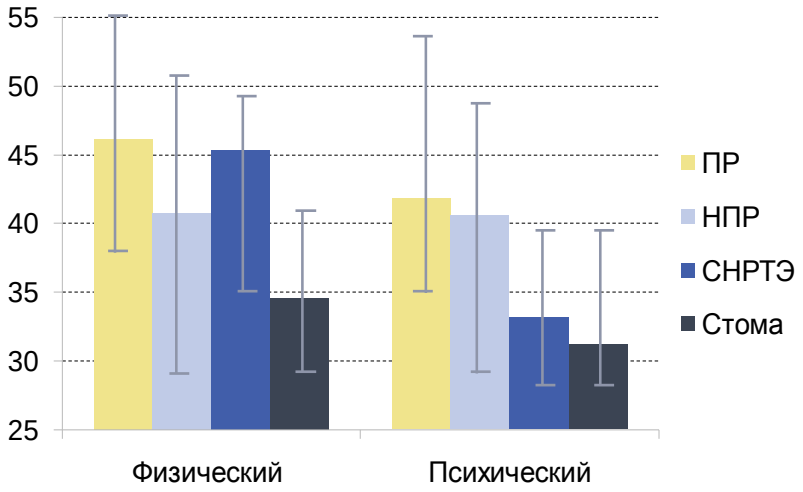

Рис. 1. Суммационные компоненты здоровья по шкале SF-36

Несмотря на акцентирование пациентам важности их ответов в отношении состояния, связанного именно с перенесенной операцией на прямой кишке, неспецифичность SF-36 обусловила его недостаточную чувствительность к характерным для данной выборки симптомам. Полученные результаты следует рассматривать как тенденции в изменении КЖ, заключающиеся в снижении показателей вслед за снижением высоты формирования анастомоза по разным шкалам опросника. В группе операций «СНРТЭ», они в среднем составили около 70 % от группы «ПР», далее снижаясь в группе стомированных пациентов.

С помощью специального опросника FIQL получены более точные данные о самочувствии пациентов после лечения основного заболевания. Указанная шкала использована из-за частой встречаемости фекальной инконтиненции после сфинктеросохраняющих ректальных резекций и с учетом валидности этого инструмента и для исследования стомированных пациентов.

Результаты по шкале FIQL представлены профилем из четырех пунктов, основанных на вопросах о специфических симптомах. При анализе результатов, полученных с помощью FIQL, отмечалось симметричное снижение показателей от группы передних резекций к группе стомирующих операций (таб. 3). При парных межгрупповых сравнениях выявлено, что значимые различия имеются практически по всем шкалам опросника между всеми группами, кроме пары «СНРТЭ» и стомирующих операций. Значимые различия по всем четырем шкалам в последнем случае отсутствуют ($p > 0,05$) (таб. 3).

Таблица 3

Качество жизни по опроснику FIQL score (Me (25 %; 75 %)

	ПР	НПР	СНРТЭ	Стома
Образ жизни (ОЖ)	4,0 (3,0; 4,0)	2,44 (1,55; 3,57)	1,7 (1,2; 2,5)	1,66 (1,2; 2,25)
Поведение (П)	4,0 (3,0; 4,0)	2,11 (1,44; 3,11)	1,46 (1,12; 2,0)	1,44 (1,0; 2,13)
Депрессия / самовосприятие (Д/с)	3,78 (3,14; 4,0)	2,50 (2,0; 4,0)	1,93 (1,43; 2,85)	1,83 (1,42; 2,33)
Смущение (С)	4,0 (4,0; 4,0)	2,50 (2,0; 4,0)	1,66 (1,33; 2,33)	1,33 (1,0; 2,0)

- $p < 0,05$
- $p < 0,01$

Значимые различия при парном сравнении отмечены цветом

Полученные показатели КЖ во многом объясняются уровнем фекальной инконтиненции, выявленной шкалой Wexner (рис. 2). Степень калового недержания увеличивается обратно пропорционально высоте формирования анастомоза. Пациенты группы «ПР» имеют хорошую удерживающую функцию

(2 балла), соответствующую общепопуляционному показателю. «НПР» демонстрируют менее благоприятный, однако являющийся социально приемлемым результат (7 баллов). Показатель калового недержания у пациентов группы «СНРТЭ» оказался максимальным (14 баллов), превышая границу социально приемлемого значения, равную 9 баллам. Различия в показателях между указанными группами значимы ($p < 0,05$ или $p < 0,01$).

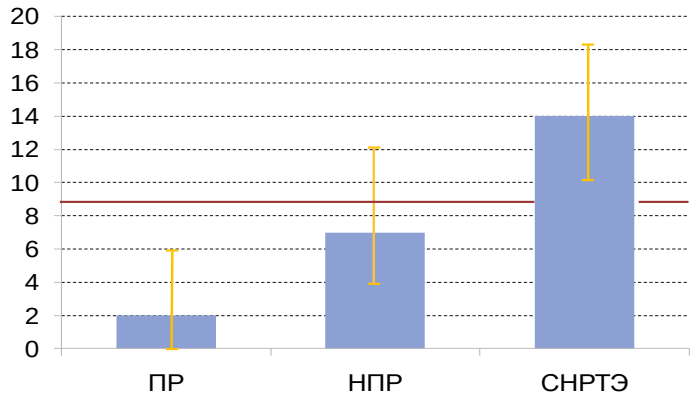

Рис. 2 Уровень калового недержания по Wexner score

Включение дополнительных ситуационных вопросов не преследовало цели разработки самостоятельного опросника, а осуществлено для облегчения понимания результатов исследования стандартными инструментами. Полученные при этом данные отражают исключительно субъективное мнение пациентов относительно конкретных аспектов их самочувствия.

Послеоперационная кратность стула у респондентов расположена в широких пределах и, в ряде случаев, составляет 5 - 10 и более раз в сутки (рис.3). Последнее наиболее характерно для группы «СНРТЭ», причем в большей степени, чем для стомированных пациентов (насколько последние могли квалифицировать периодичность опорожнения стомы).

Изолированно частота стула не может свидетельствовать о самочувствии. Однако, в совокупности с оценкой удовлетворенности пациентов кратностью дефекации, можно считать этот показатель весьма значимым в отношении КЖ. 84,6 % пациентов группы «СНРТЭ» абсолютно не удовлетворены частотой стула. В остальных группах, включая стомированную, этот показатель оказался меньшим, а заявления респондентов – менее категоричными (рис.4).

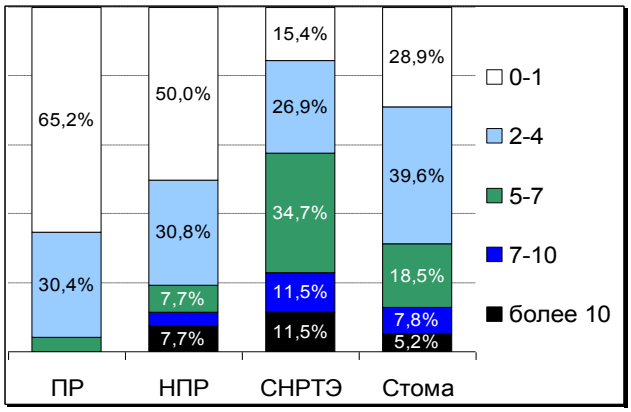

Рис. 3 Частота стула в сутки

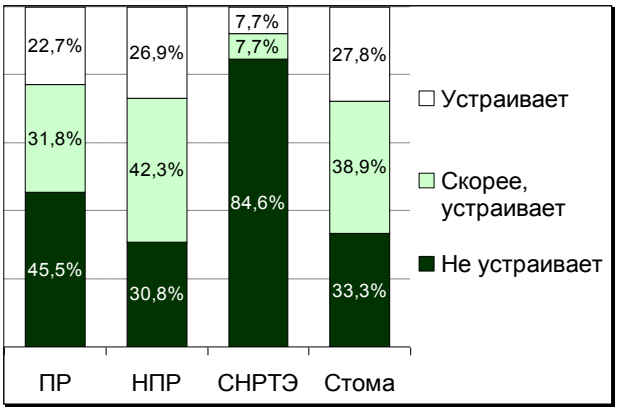

Рис. 4 Удовлетворенность частотой стула

Попытки нормализации дефекации заключались, в том числе, в ограничении спектра продуктов питания и приеме лекарственных препаратов, в частности, замедляющих моторику кишечника. Это было характерно для пациентов с редуцированным объемом прямой кишки. Пациенты после ПР не испытывали диетического или медикаментозного обременения (рис. 5, 6).

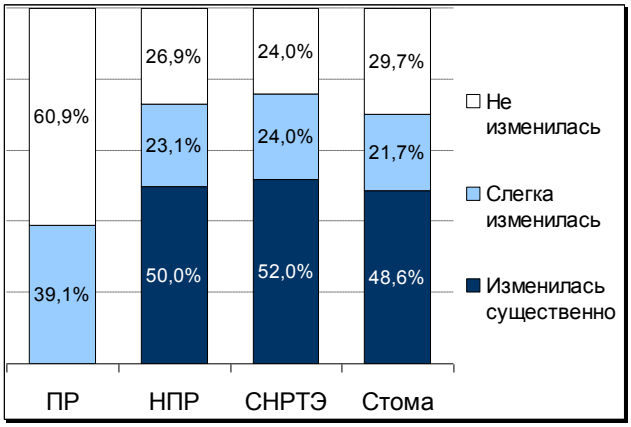

Рис. 5 Диета после операции

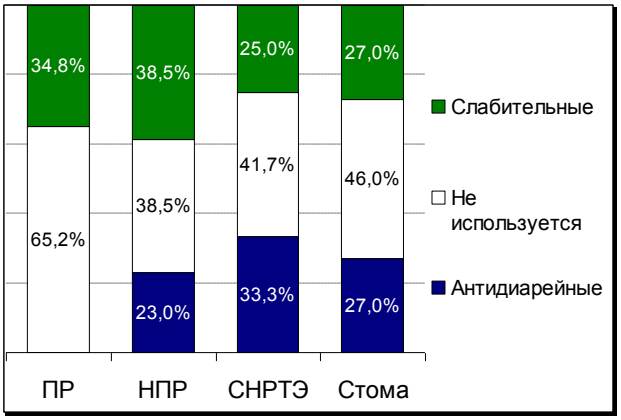

Рис. 6 Медикаментозная коррекция стула после операции

Исходя из особенностей дефекации, связанных с изменением ее частоты и характера (при сохранении естественного направления пассажа кала) или транслокацией терминального отдела толстой кишки (при колостомии), существенное влияние на послеоперационное КЖ оказала доступность эффективного обеспечения гигиены тела. Наибольшие трудности в этом отношении испытывали пациенты группы «СНРТЭ» (84,6 %), даже при сравнении с пациентами, имеющими постоянную колостому. В ряде случаев,

вероятно, состояние после сверхнизких резекций прямой кишки с трансанальным этапом мобилизации может напоминать таковое при наличии промежностной колостомы (рис. 7).

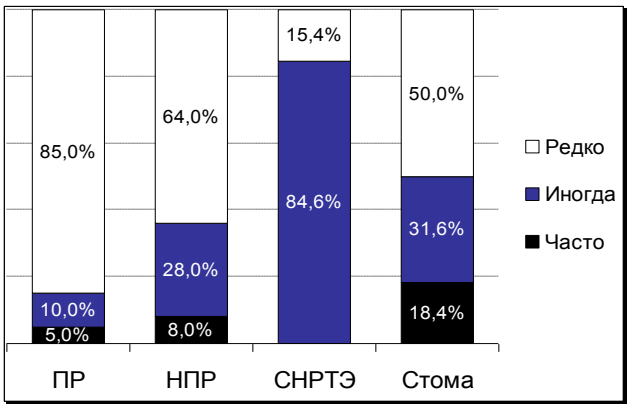

Рис. 7 Трудности в обеспечении гигиены тела

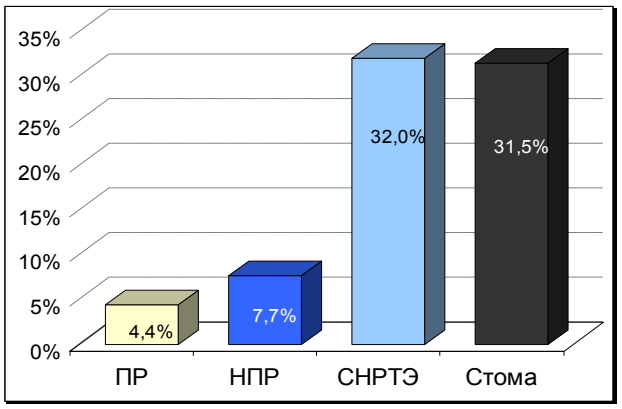

Рис. 8 Снижение коммуникативности

Указанные сложности неизбежно оказывают влияние на все аспекты жизнедеятельности. Имело место изменение психосоциальной активности. Более трети всех пациентов группы «СНРТЭ» отметили нежелание или существенное ухудшение социальных контактов, что соответствовало этому показателю у стомированных больных (рис. 8).

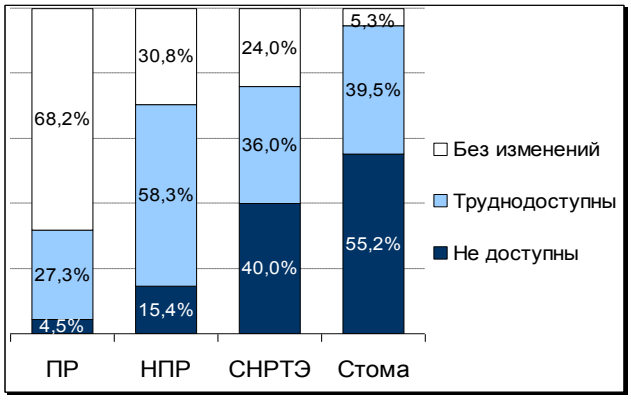

Рис. 9 Доступность хобби

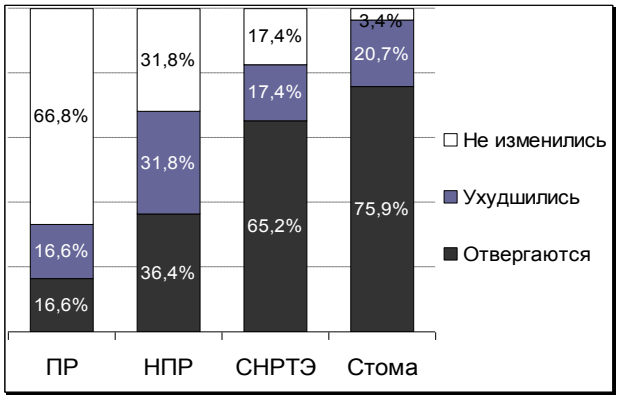

Рис. 10 Половые отношения

Способность и желание организовывать прежний досуг и вести обычный образ жизни имели тенденцию к существенному снижению от группы «ПР» к группе стомированных пациентов. Так, если неполное ограничение указанной активности в первой группе имело место только у 1/3 пациентов, то в группе стомированных – у 95 %, а абсолютная ограниченность отмечена более чем у 55 % респондентов (рис. 9).

Следствием нарушения нормальной физиологии выделения кала и кишечных газов, изменения внешнего вида, а так же выполнения лимфаденэктомии и манипуляций в области тазового дна являются изменения в интимной сфере жизни. Частичная или полная невозможность (нежелание) иметь половые связи отметили 96,6 % стомированных и 82,6 % пациентов после сверхнизких ректальных резекций. Данный показатель у перенесших ПР оказался существенно ниже (рис. 10)

Профессиональная дезориентация, выражающаяся в вынужденной смене работы или увольнении и присвоении инвалидности, отмечается среди всех групп. У пациентов, перенесших ПР, она минимальна (33,3 %). Формирование постоянной колостомы оказалось сопряжено с высокой частотой снижения или потери способности к труду (до 92 %). Показатели в группах «НПР» и «СНРТЭ» – промежуточные (рис.11). Затраты на здоровье увеличиваются от группы «ПР» к группе стомированных пациентов, что неизбежно ведет к возрастанию материальной незащищенности больных с низкими функциональными результатами (рис.12)

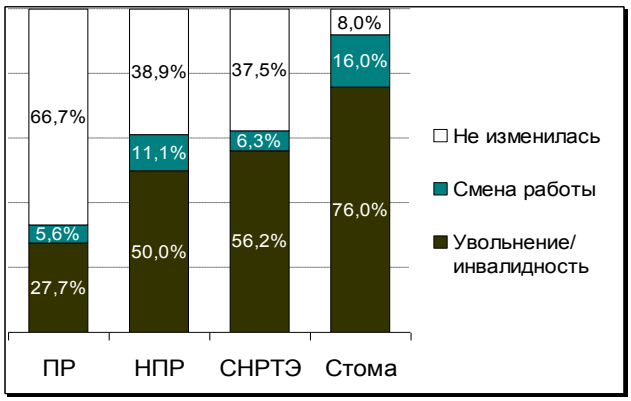

Рис. 11 Профессиональная деятельность после операции

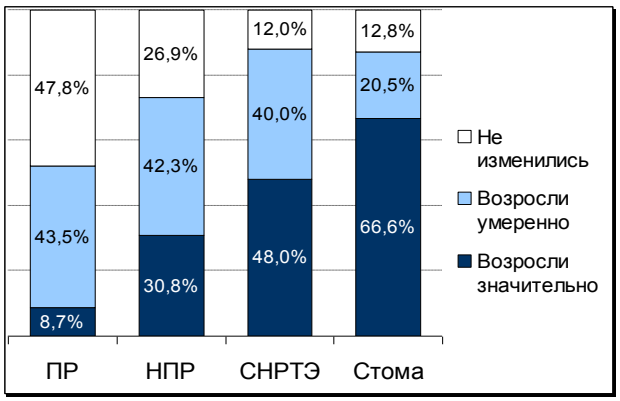

Рис. 12 Материальные затраты после операции

Существенное количество респондентов не достигли послеоперационной адаптации. В группе «СНРТЭ» таких пациентов – 84,6 %, среди стомированных – 97,4 %, а около 5 % оказались абсолютно не в состоянии приспособиться к новым условиям существования (рис. 13). При этом от 82 до 100 % пациентов всех групп связывали получение рекомендаций, касающихся дальнейшей

жизни, от врача стационара, ценность амбулаторного этапа в реабилитации указанного контингента составила лишь 12 – 15 %, что примерно соответствует информации, полученной из неквалифицированных источников (рис. 14).

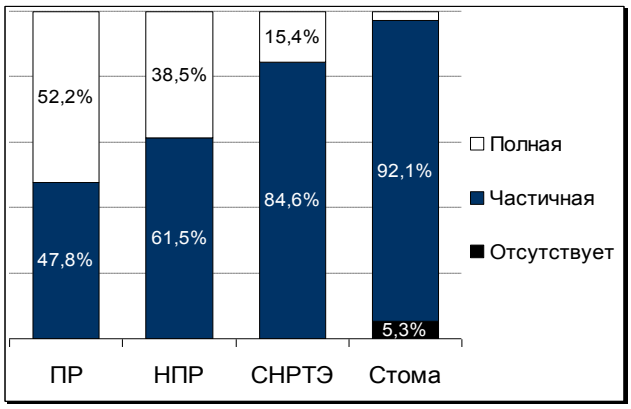

Рис. 13 Степень послеоперационной адаптации

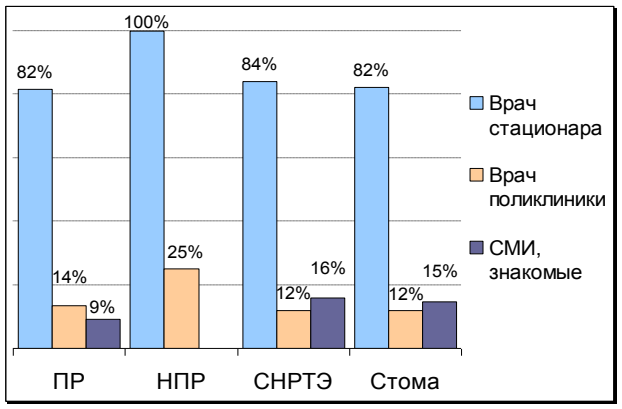

Рис. 14 Источники получения рекомендаций после операции

Фрустрацию в отношении послеоперационного самочувствия испытывали 38,5 % пациентов после СНРТЭ и 54,1 % стомированных пациентов, что многократно превышает таковую у респондентов из групп «ПР» и «НПР» (рис. 15). Это свидетельствует о неадекватном или ориентировании пациентов на дооперационном этапе и низком качестве реабилитации.

Итогом можно считать удовлетворенность жизнью, оцененную самими пациентами по десятибалльной шкале (рис. 16)

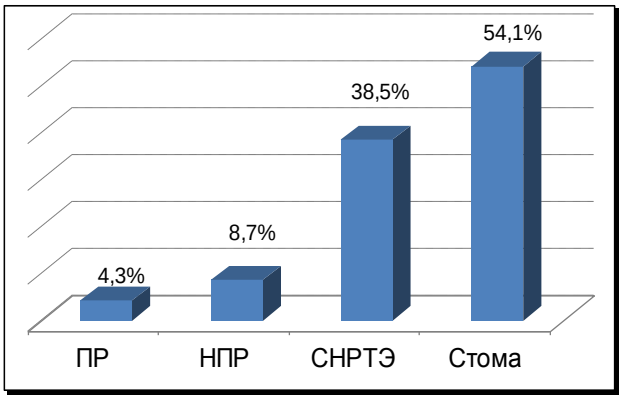

Рис. 15 Ухудшение послеоперационного самочувствия относительно ожидаемого

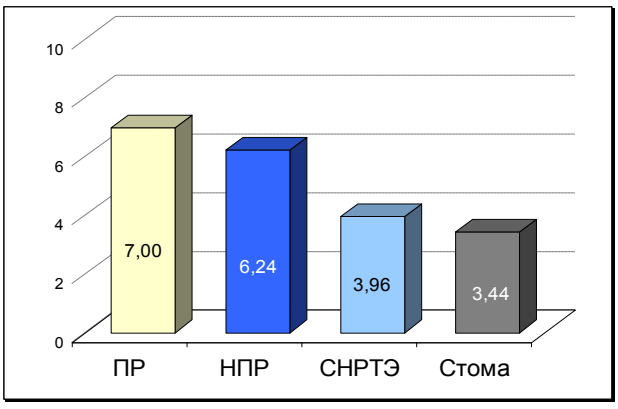

Рис. 16 Общая удовлетворенность жизнью

Таблица 4

Влияние различных факторов на шкалы качества жизни и степень фекальной инконтиненции (коэффициент r)

	Wexner	**FIQL**				**SF-36**									
		ОЖ	**П**	**Д/с**	**С**	**PF**	**RP**	**BP**	**GH**	**VT**	**SF**	**RE**	**MH**	**PCS**	**MCS**
Пол	- 0,13	0,06	0,03	0,06	0,08	- 0,12	- 0,04	- 0,04	0,04	- 0,04	- 0,07	- 0,07	0,01	- 0,06	0,01
Место жительства (город/село)	-0,07	0,01	-0,06	-0,06	-0,09	-0,13	-0,04	-0,08	-0,15	-0,09	-0,07	-0,12	-0,05	-0,08	-0,08
Характер заболевания	-0,03	0,09	0,11	0,1	0,1	0,03	0,18	-0,05	0,02	-0,06	0,03	0,08	0,03	0,02	0,01
Стадия по FIGO	-0,03	0,02	0,08	0,04	0,17	0,05	0,05	0,004	0,15	0,12	0,04	-0,03	0,04	0,01	-0,02
Высота резекции / характер оперативного вмешательства	**0,62***	**-0,51***	**-0,51***	**-0,57***	**-0,62***	**-0,29***	**-0,43***	**-0,26***	**-0,22***	**-0,39***	**-0,33***	**-0,4***	**-0,32***	**-0,27***	**-0,36***
Давность (с момента операции)	- 0,03	-0,05	-0,13	-0,09	-0,08	-0,05	0,07	0,01	-0,1	-0,02	-0,02	-0,01	-0,02	-0,03	-0,01
Религиозность	-0,18	0,11	0,15	**0,23***	0,3	0,12	0,07	0,04	0,13	0,05	0,15	0,07	-0,01	0,17	0,07
Образование	-0,12	0,18	**0,21***	**0,24***	**0,26***	0,37	**0,24***	0,17	**0,31***	**0,28***	**0,19***	**0,31***	**0,39***	**0,31***	**0,19***
Наличие сожителей	-0,001	-0,1	-0,05	0,08	-0,05	0,16	0,09	0,03	0,11	0,07	0,07	0,15	-0,04	0,12	-0,007
Возраст	0,14	-0,04	-0,006	-0,14	0,02	**-0,31***	**-0,24***	-0,15	**-0,22***	-0,15	-0,12	-0,16	-0,11	**-0,32***	0,20
Фекальная инконтиненция (Wexner)	-	**-0,8***	**-0,74***	**-0,77***	**-0,23***	**-0,36***	**-0,31***	**-0,29***	**-0,38***	**-0,46***	**-0,31***	**-0,28***	**-0,26***	**-0,31***	**-0,36***

***** - значения с $p < 0,05$

Влияние различных факторов на послеоперационное КЖ и выраженность фекальной инконтиненции в совокупной выборке оценивалось посредством определения корреляции (Спирмена). Исходя из полученных данных (таб. 4), прослеживается значимое ($p < 0,05$) прямое корреляционное взаимодействие различной силы (от слабой до высокой) между высотой резекции (способом анастомозирования в группах «ПР», «НПР», «СНРТЭ», стомированных пациентов), функцией калового держания и показателями КЖ по обоим опросникам.

Отмечена прямая зависимость КЖ по некоторым шкалам (депрессии и смущения опросника FIQL; физического и ролевого эмоционального функционирования, психического и общего здоровья, жизненной активности опросника SF-36) от уровня образования. Так же выявлена обратная корреляция показателей по шкалам физического и ролевого физического функционирования, физическому компоненту здоровья с возрастом. Факт религиозной принадлежности достоверно соответствовал лучшим показателям по шкале депрессии опросника FIQL.

При оценке корреляции пола, места жительства, наличия сожителей, давности с момента операции, характера основного заболевания и его стадии (в случае онкологического диагноза) с послеоперационным КЖ и уровнем фекальной инконтиненции, влияние оказалось статистически незначимым.

При детальном рассмотрении (оценке корреляции тех же данных в каждой из четырех групп) выявлено, наиболее выраженное влияние возраста на функциональные результаты в группе «СНРТЭ». Отмечалась прямая корреляция с уровнем инконтиненции ($r = 0,6$: $p < 0,05$), обратная – со шкалами образа жизни, поведения и депрессии опросника FIQL (r от $– 0,49$ до $– 0,53$; $p < 0,05$) и шкалами жизненной активности, психического здоровья опросника SF-36 (r от $– 0,43$ до $– 0,49$; $p < 0,05$). Эта находка может указывать на то, что, при наличии возрастной деградации удерживающих структур прямой кишки и тазового дна, хирургические манипуляции со стороны промежности оказываются дополнительным и фатальным травматическим агентом,

отрицательно сказывающимся на послеоперационном каловом держании и КЖ у указанной группы пациентов. Изолированно в группе «НПР» обнаружена обратная корреляция срока после операции со шкалами поведения, депрессии, смущения опросника FIQL, а так же шкал физического, эмоционального ролевого функционирования, психического здоровья и жизненной активности (r от – 0,43 до – 0,53; $p < 0,05$). Данный факт может свидетельствовать о том, что пациенты, перенесшие низкие передние резекции с формированием прямого колоректального анастомоза, имея достаточно высокое послеоперационное КЖ, с течением времени склонны к дальнейшему самопроизвольному его повышению.

ВЫВОДЫ

1. Качество жизни и уровень калового недержания после «высоких» передних резекций удовлетворительны и могут служить эталоном для сравнения функциональных результатов ректальных резекций. Показатели качества жизни и калового недержания после низких передних резекций хуже, однако, не выходят за социально приемлемые рамки, в связи с чем не требуют дополнительной хирургической коррекции. Качество жизни и уровень калового недержания после брюшно-анальных и интерсфинктерных резекций прямой кишки неудовлетворительны.

2. Качество жизни стомированных пациентов наиболее низкое относительно других групп сравнения ($p < 0,05$).

3. Качество жизни по всем шкалам обоих опросников имеет обратную зависимость от степени калового недержания (r от – 0,23 до – 0,8; $p < 0,05$).

4. Качество жизни во всех аспектах обратно пропорционально высоте формирования анастомоза (r от – 0,22 до – 0,62; $p < 0,05$) и обусловленной ею степенью калового недержания (r от – 0,23 до – 0,8; $p < 0,05$). Использование техники трансанальной мобилизации приводит к критическому падению уровня калового держания и качества жизни. Увеличение возраста снижает физические показатели (r от – 0,22 до – 0,32; $p < 0,05$) качества жизни, особенно в группе сверхнизких резекций. Более высокий уровень образования повышает

психологические показатели качества жизни (r от 0,19 до 0,39; $p < 0,05$). Религиозная принадлежность снижает уровень депрессии ($r = 0,23$; $p < 0,05$). Качество жизни значимо улучшается в срок от 1 до 6 лет исключительно в группе низких передних резекций (r от $-0,43$ до $-0,53$; $p < 0,05$). Пол, социальный статус, характер основного заболевания и его стадия не оказывают значимого влияния на послеоперационное качество жизни ($p > 0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При хирургическом лечении опухолей средне- и нижнеампулярных локализаций предпочтительной в функциональном плане техникой является низкая передняя резекция

2. При выполнении брюшно-анальных и интерсфинктерных резекций требуется снижение травматичности в отношении структур тазового дна и анального канала.

3. Реабилитацию стомированных пациентов следует проводить в условиях специализированной службы стоматерапии.

4. Необходимо дооперационное прогнозирование функционального результата и информирование о нём пациента не только при планировании формирования стомы, но и при перспективах сохранения естественного калового пассажа.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Андреев А. В.,** Чеканов М. Н., Гатилов А. В. Качество жизни после сфинктеросохраняющих резекций прямой кишки // **Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова**. – 2009. – Т. 4. – № 2. (перечень ВАК). – С. 59–63, автора – 0,2 п.л.

2. **Андреев А. В.,** Чеканов М. Н., Гатилов А. В. О функциональных результатах сфинктеросохраняющих резекций прямой кишки // **Сибирский медицинский журнал.** – 2009. – № 6. (перечень ВАК). – С. 41–45, автора – 0,2 п.л.

3. Андреев А. В., Чеканов М. Н. Долгосрочные функциональные результаты ректальных резекций // Совершенствование медицинской помощи

при онкологических заболеваниях, включая актуальные вопросы детской гематологии и онкологии. Национальная онкологическая программа : сборник материалов VII съезда онкологов России. – М., 2009. – Т. 2. – С. 4, автора – 0,06 п.л.

4. Андреев А. В., Чеканов М. Н. Отдаленные функциональные результаты ректальных резекций // Российская Школа Колоректальной Хирургии : сборник научных работ Второй международной конференции. – М., 2009. – С. 59, автора – 0,06 п.л.

5. Андреев А. В., Чеканов М. Н. Сравнительная оценка качества жизни пациентов, перенесших колостомирующие и сфинктеросохраняющие операции на прямой кишке // Третий съезд хирургов Сибири и Дальнего Востока : материалы Третьего съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока. – Томск, 2009. – С. 229–230, автора – 0,13 п.л.

6. Андреев А. В., Чеканов М. Н. Сравнительная оценка качества жизни пациентов после радикальных ректальных резекций // Актуальные вопросы хирургии : сборник материалов X научно-практической конференции врачей-хирургов ФМБА России. – Северодвинск, 2010. – С. 18–19, автора – 0,13 п.л.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БПЭ	–	Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
ИСР	–	Интерсфинктерная резекция прямой кишки
КЖ	–	Качество жизни
НПР	–	Низкая передняя резекция прямой кишки
ПР	–	Передняя резекция прямой кишки
СНРТЭ	–	Сверхнизкая резекция прямой кишки с трансанальным этапом мобилизации
FIQL	–	Fecal Incontinence Quality of Life score
SF-36	–	MOS 36-Item Short-Form Health Survey