

работы глутатиона и ферментов его метаболизма, мы не нашли.

Литература

1. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России/

Е.И. Гусев// Журн. неврол. и психиатрия (приложение «Инсульт»).- 2003.- Т. 9.- С. 3-5.

3. Сковорода В.И. Церебральная ишемия и нейропротекция / В.И. Сковорода // Качество жизни. - 2006. - № 1. - С. 32 - 34.

2. Кулинский В.И. Обмен глутатиона / В.И. Кулинский, Л.С. Колесниченко // Успехи биоло-

гической химии. - 1990. - С.157-179.

4. Glutathione metabolism and its implications for health / Wu G. [et al.] // J. Nutr. - 2004. - V.3, №134. - P.489-492.

5. Mannervic B. Glutathione peroxidase / B. Mannervic // Methods Enzymol. - 1985. - Vol.57. - P.490-495.

А.С. Широкопояс

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНЫМ РЕЗЕРВУАРОМ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ

Проведен анализ результатов лечения 42 больных после операции низкой передней резекции с формированием кишечного резервуара. Обследование проводилось в контрольные сроки с применением шкал SF-36 и Wexner score. В сроки 1–3 мес. после операции ведущими жалобами пациентов с вновь сформированной «ампулой» прямой кишки были не-держание жидкого кала и газов - 61,9%, что требовало изменения образа жизни. В сроки от 6 до 12 мес. после операции только 14,3% пациентов были вынуждены «изменять образ жизни», что обусловлено в первую очередь «включением в работу» сформированного, взамен удаленной «ампулы» прямой кишки, резервуара. Анализ шкалы SF 36 в ближайшие сроки после операции показал рост качества жизни, в первую очередь за счет PF (физическое функционирование), BP (физическая боль) и, что очень важно, SF (социальное функционирование). Все это свидетельствует о социальной реабилитации и трудовой реабилитации больного, а также о достаточно высоком уровне качества жизни в ближайшие и отдаленные сроки после операции низкой передней резекции прямой кишки с формированием ампуло-подобного резервуара.

Ключевые слова: колоректальный рак, низкая передняя резекция, качество жизни пациентов.

The analysis of results of treatment of 42 patients after a low frontal resection with formation of the intestinal tank is lead. Inspection was held in control terms with application of scales SF-36 and Wexner score. In terms in 1 - 3 months after operation main complaints of patients with again generated "ampoule" of rectum were incontinence of liquid feces and gas - 61,9 % that demanded change of a life way. In terms about 6 up to 12 months after operation only 14,3 % of patients have been forced «to change a way of life», that is caused first of all «by inclusion in work» of a tank, that was generated instead of the removed ampoule of rectum. The analysis of scale SF 36 and the nearest terms after operation has shown growth of life quality first of all due to PF (physical functioning), BP (body pain) and what is very important SF (social functioning). All this testifies to social rehabilitation and labour rehabilitation of the patient, and high enough degree of life quality in the nearest and remote terms after operation of a low frontal resection of rectum with formation of an ampullary tank.

Keywords: colorectal cancer, low frontal resection of rectum, patients' life quality.

Актуальность. В некоторых странах Европы колоректальный рак стоит на втором ранговом месте [7]. В России только в 2001 г. от колоректального рака умерли 34 975 больных, что сопоставимо с населением небольшого города. В общей структуре смертности от новообразований ободочная и прямая кишки занимают 3-е место. Заболеваемость и смертность растет в крупных городах, особенно в Москве и Санкт-Петербурге [2]. Так, по данным И.С. Бакина и соавт. [4], в России с 1990 по 2000 г. заболеваемость возросла у мужчин при раке ободочной кишки на 18,7, прямой – на 16,2%, а у женщин – на 18,9 и 6,6% соответственно.

Единственным радикальным методом лечения рака прямой кишки остается хирургическое вмешательство, однако не секрет, что удаление (раз-

рушение) ректальной ампулы у определенной части пациентов вызывает в послеоперационном периоде значительные нарушения качества жизни, обусловленные, в первую очередь, анальной инконтиненцией. Эти нарушения, описанные в литературе как «синдром низкой передней резекции», могут наблюдаться у 25–46% больных, перенесших различные варианты брюшно-анальной резекции прямой кишки и низкой передней резекции [3].

Неудовлетворенность функциональными результатами операций заставила многих хирургов при выполнении низкой передней резекции выполнять операции с моделированием из низводимых отделов кишки «искусственного резервуара» [9–11]. С целью восстановления резервуарной функции утраченной прямой кишки было предложено создание тазового толстокишечного резервуара из двух петель низведенной кишки в форме латинской буквы «J». В последующем многие авторы использовали подоб-

ную методику, отмечая преимущества данной операции перед простым колоректальным анастомозом. Несмотря на несомненно более хорошие функциональные результаты операций с использованием резервуарной техники, отрицательной стороной данного вмешательства были частые нарушения эвакуаторной функции, которые проявлялись запорами, что вынуждало пациентов применять слабительные препараты и очистительные клизмы [1,5,6], что также снижало качество жизни пациентов.

В этой связи считаем, что все вновь предлагаемые методы лечения рака прямой кишки требуют оценки их влияния не только на «количество», но и в не меньшей степени на «качество» жизни.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 44 пациентов после низкой передней резекции с формированием «ампулы» прямой кишки по оригинальной методике [Патент РФ № 2302827 от 20.07.2007]. Два пациента были исключены из ис-

следования в связи с генерализацией процесса в сроки от 6 до 18 мес. после операции. Таким образом, основная группа была представлена 42 пациентами в возрасте от 46 до 74 лет.

В качестве группы сравнения были взяты 18 пациентов после резекции сигмовидной кишки, при которой «ампула» прямой кишки сохраняется.

Контрольная группа (n=14) была представлена здоровыми волонтерами, сходными с основной и группой сравнения по полу и возрасту.

Сводные данные о пациентах, принявших участие в исследовании, приведены в табл. 1.

Обследование пациентов проводили в контрольные сроки 1 – 3, 6 – 12 мес. и 3 – 5 лет после операции.

Все пациенты в контрольные сроки после операции проходили комплексное стационарное обследование, которое включало: клинические (осмотр, физикальные) методы и инструментальные (трансабдоминальная ультрасонография, видеофиброколоноскопия, эндоскопическая ультрасонография, анальная манометрия и профилометрия, ирригоскопия и проктография). Оценка функционального состояния сформированной «ампулы» прямой кишки проводилась на основании шкалы Векснера (Wexner score) и шкалы SF-36.

Wexner score представляет собой шкалу оценки держания кала [8]. Максимальное количество баллов (20) свидетельствует о полном недержании кала и газов, напротив, 0 баллов указывает на хорошую функцию замыкательного аппарата (табл. 2).

Опросник SF-36 включает 36 пунктов, сгруппированных в восемь шкал:

физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни [12].

Результаты и обсуждение. Предлагаемый способ операции по формированию кишечного резервуара после низкой передней резекции состоит из двух основных этапов.

1. Выполнение собственно низкой передней резекции прямой кишки и мезоректумэктомии.

2. Формирование резервуара из толстой кишки.

Обязательным моментом операции являются лимфодиссекция в основании а. mesenterica inferior и перевязка верхней прямокишечной артерии у места ее отхождения. При этом удаляются лимфатические узлы, которые являются коллекторами лимфооттока от верхне- и среднеампулярного отделов прямой кишки.

После выполнения низкой передней резекции прямой кишки выше места будущего формирования колоректального анастомоза на 20–30 мм по противобрыжечному краю иссекают серозно-мышечную оболочку длиной 50–55 мм и шириной 15–18 мм без вскрытия просвета кишки. Образованную площадку, лишенную серозно-мышечной оболочки, сшивают в поперечном направлении узловыми швами. Сформированную конструкцию (рис. 1) низводят в полость малого таза, где формируют колоректальный анастомоз. Переднюю полуокружность колоректального анастомоза перитонизируют узловыми серозно-мышечными швами. Тазовая брюшина малого таза восстанавливается над областью сформированного толсто-кишечного резервуара. Операция завершается дренированием полости малого таза через забрюшинный доступ двумя силиконовыми трубками.

Как уже было отмечено выше, одной из основных проблем послеоперационного периода после операции на прямой кишке является нарушение ее континентальной функции.

Анализ результатов опроса по Wexner score показал, что в сроки 1 – 3 мес. после операции ведущими жалобами пациентов основной группы с вновь сформированной «ампулой» прямой кишки было недержание жидкого кала и газов у 26 (61,9%) пациентов (рис. 2, а), что в свою очередь требовало изменения образа жизни.

Среди пациентов группы сравнения выраженных нарушений континентальной функции прямой кишки выявлено не было. Имеющиеся «проблемы» не требовали изменения привычного образа жизни, обеспечивая комфортное самочувствие у 16 (88,9%) из 18 пациентов. Только двое (12,1%) больных отметили необходимость «изменения образа жизни» - «редко < одного раза в месяц», что было обусловлено недержанием газа (1) и жидкого кала (1).

При динамическом наблюдении в сроки 6 – 12 мес. после операции отмечается значительное улучшение состояния держания кала в первую очередь в основной группе (рис. 2, б).

Таблица 1

Пациенты, принявшие участие в изучении качества жизни после операции на прямой кишке

Группа	n	Сроки после операции (мес.)			
		1,5–3	6–12	24	36–60
Основная	42	42	42	36	31
Сравнения	18	18	18	17	17
Контрольная		14			

Таблица 2

Показатель уровня калового держания по Wexner score

Тип недержания	Частота				
	Никогда (0)	Редко (<1 в месяц)	Иногда (<1 в неделю, >1 в месяц)	Часто (<1 в день, >1 в неделю)	Всегда (>1 в день)
Плотный кал	0	1	2	3	4
Жидкий кал	0	1	2	3	4
Газ	0	1	2	3	4
Ношение прокладок	0	1	2	3	4
Изменение образа жизни	0	1	2	3	4

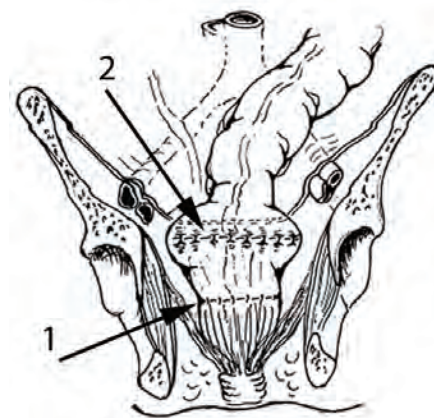


Рис. 1. Окончательный вид сформированного кишечного резервуара: 1 - колоректальный анастомоз, 2 - резервуар

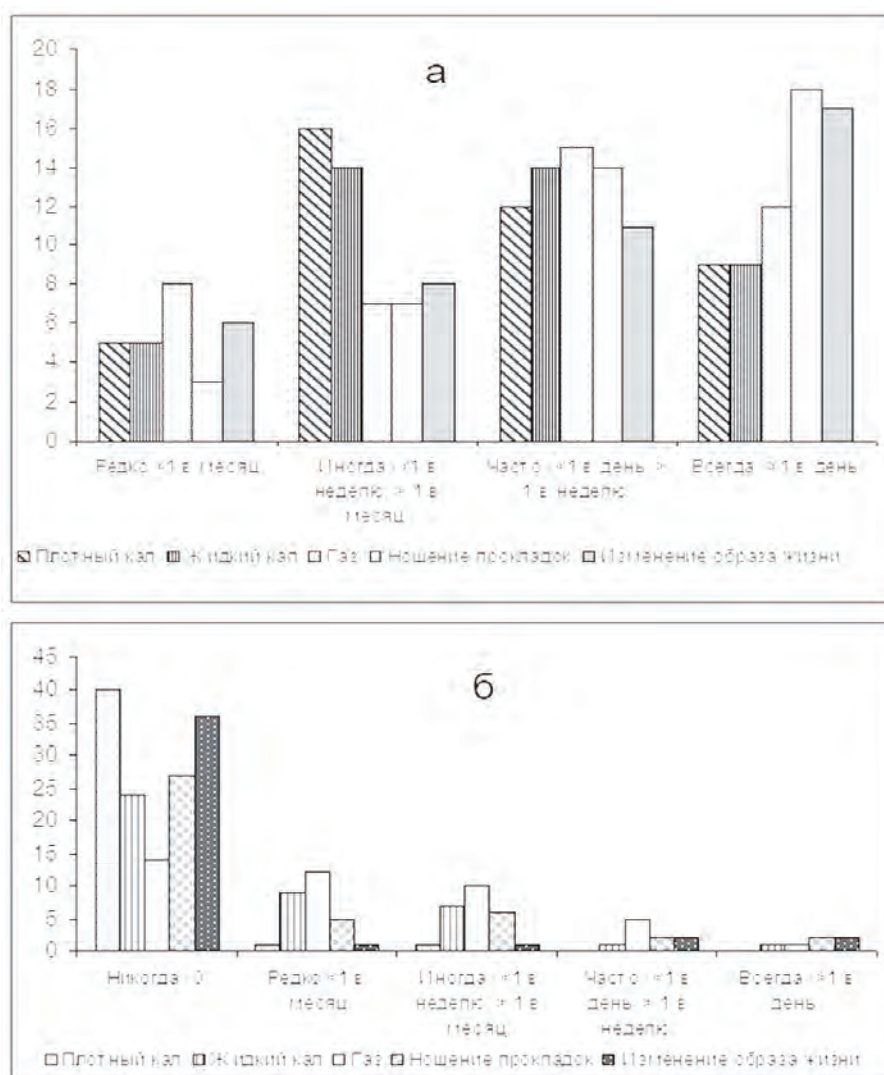


Рис. 2. Данные шкалы Wexner: а) в сроки 1–3 мес., б) 6–12 мес. после операции формирования «ампулы» прямой кишки

Таблица 3

Показатели Wexner score в разные сроки после операции у пациентов основной группы и группы сравнения

	Сроки после операции (мес.)			
	1,5 – 3	6 – 12	24	36 – 60
Основная группа	12,1±2,1	9,3±1,9	4,4±1,1	4,6±0,4
Группа сравнения	6,3±0,7	4,9±0,3	2,1±0,4	1,07±0,3
Контрольная группа	1,2±0,01			

Только 6 (14,3%) из 42 обследованных в указанные сроки пациентов были вынуждены «изменять образ жизни». Во всех остальных случаях имеющиеся «проблемы», обусловленные недержанием кала и/или газов, не приводили к выраженному снижению качества жизни больного. Это обусловлено в первую очередь «включением в работу» сформированного, взамен удаленной ампулы прямой кишки, резервуара.

У пациентов группы сравнения со-

хранялись незначительные нарушения, характеризующиеся как «недержание газов» (2), что, как и в предыдущие сроки после операции, не приводило к необходимости «изменения образа жизни» и проявлялось менее чем раз в неделю, но чаще чем раз в месяц.

В сроки от 3 до 5 лет после операции оценка показателей держания кала, проведенная у 36 пациентов основной группы и 16 больных группы сравнения, приближалась к нормальным значениям по Wexner score,

составляя соответственно $4,6 \pm 0,4$ и $1,1 \pm 0,3$ балла (табл. 3).

При оценке качества жизни в сроки по шкале SF-36 проводилось сравнение показателей основной группы и группы сравнения с группой контроля (14 здоровых добровольцев, не имеющих заболеваний толстой кишки) (рис.3, а).

В ранние сроки после операции в основной и контрольной группах отмечается снижение показателей уровня качества жизни по сравнению с группой здоровых добровольцев, что обусловлено, с одной стороны, непосредственно операционной травмой, а с другой – возникшими новыми анатомофизиологическими взаимоотношениями.

Вместе с тем естественно предположить, что в основной группе в силу большего объема операционной травмы будет более значительное снижение всех показателей качества жизни, что и представлено на рис. 3, б.

Динамическое наблюдение за пациентами в ближайшие и отдаленные сроки после операции демонстрирует «рост» качества жизни в обеих группах, в первую очередь за счет PF (Physical Functioning – физическое функционирование), BP (Bodily Pain – физическая боль) и, что очень важно, SF (Social Functioning – социальное функционирование) (рис. 3 в – г). Все это свидетельствует о социальной и трудовой реабилитации больного, а также о достаточно высоком уровне качества жизни в ближайшие и отдаленные сроки после операции.

Относительно низкие показатели МН (Mental Health – психическое здоровье) и VT (ViTality – жизненная активность) и RE (Role Emotional – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности), сохраняющиеся в отдаленные сроки после операции, можно объяснить характером основного процесса, приведшего к хирургическому вмешательству, который отрицательно сказывается на психоэмоциональном состоянии больного.

При сравнении показателей шкалы SF-36 и Wexner score хорошо видно, что ведущая роль в уровне качества жизни больных после низкой передней резекции прямой кишки с формированием искусственной «ампулы» принадлежит континентальной функции прямой кишки. Данные SF-36 находятся в прямой зависимости от проявления инконтиненции. Так, например, если в ранние сроки после операции явления анальной инконтиненции на-

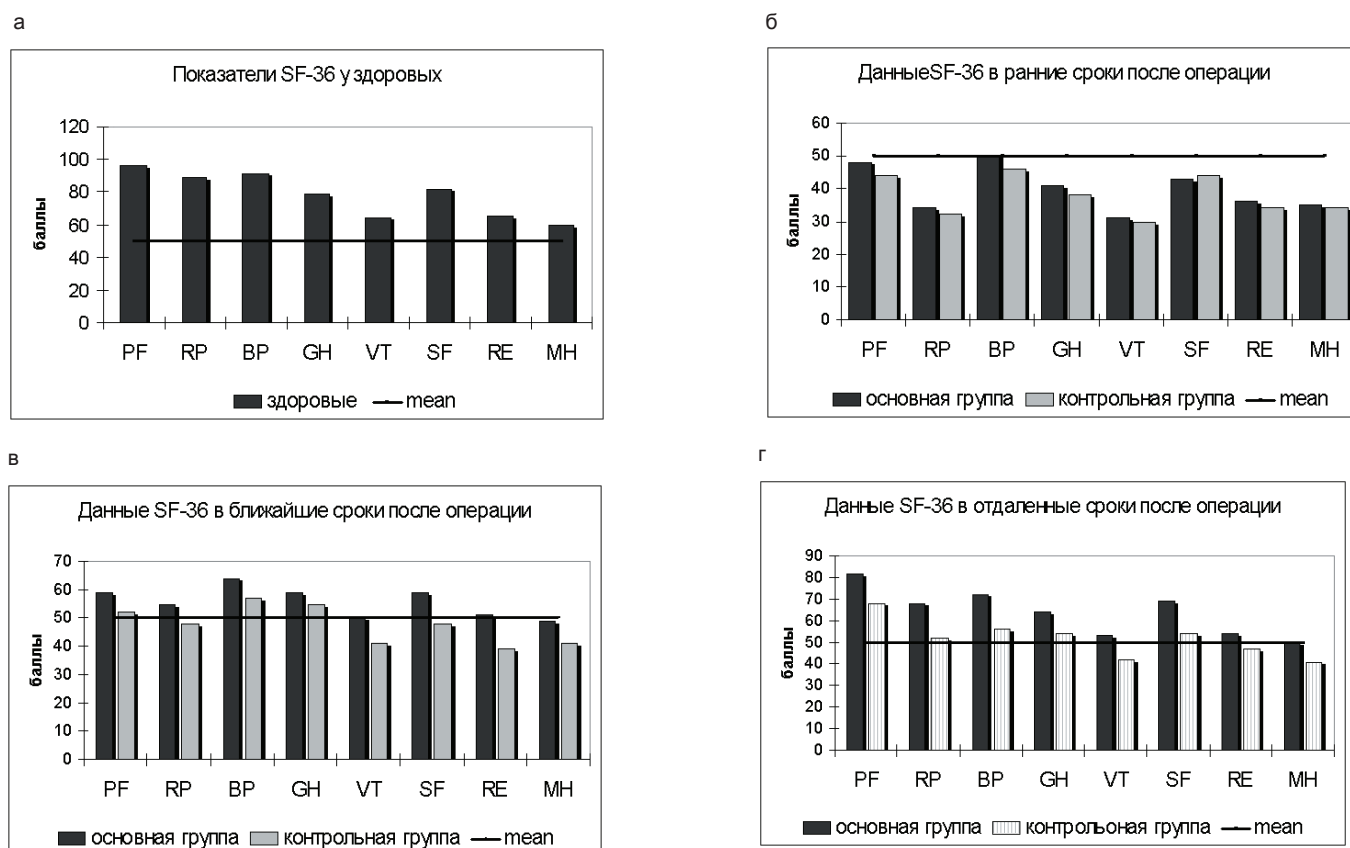


Рис 3. Показатели качества жизни по SF-36: а) здоровые волонтеры; б) ранние сроки после операции; в) ближайшие сроки после операции; г) отдаленные сроки после операции. Обозначения PF, RP и пр. см. в тексте

ибо более выражены, то и данные SF-36 указывают на снижение качества жизни. Напротив, в отдаленные сроки после операции, когда происходит восстановление резервуарной функции прямой кишки и, как следствие, проявления инконтиненции уменьшаются, уровень качества жизни по шкале SF-36 повышается.

Таким образом, формирование кишечного резервуара после низкой передней резекции позволяет значительно повысить уровень качества жизни, уменьшить проявления анальной инконтиненции, обеспечивая высокую степень социальной и трудовой реабилитации больного. Оценка качества жизни пациентов после операции на прямой кишке является одним из ключевых моментов в оценке функциональных результатов операции, а применение Wexner score является объективным методом оценки качества жизни больных после низкой пе-

редней резекции с формированием кишечного резервуара.

Литература

1. Ближайшие и отдаленные результаты сфинктеросохраняющих операций с формированием J-образного резервуара / Воробьев Г.И. [и др.] // Хирургия. – 2000. – №6. – С.41–47.
2. Злокачественные новообразования в России в 2001 г. / ред. В.И. Чиссов и др. – М.: 2003. – 428 с.
3. Литвинов О.А. Резервуарно-пластические операции в лечении рака средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / О.А. Литвинов. – СПб., 2007. – 42 с.
4. Рак толстой кишки - состояние проблемы / И.С. Базин [и др.] // Русский мед. журнал. 2003 – Т.11. – № 11. – С. 12 – 16.
5. Результаты интерсфинктерной резекции при низком раке прямой кишки / Одарюк Т.С. [и др.] // Проблемы колопроктологии. – М. 2000. – Вып. 17. – С. 364 – 367.
6. Яицкий Н.А. Опухоли толстой кишки /

Н.А. Яицкий, В.М. Седов, С.В. Васильев. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 374 с.

7. Cancer statistics, 2001 / R.T. Greenlee [et al.] // CA: Cancer J. Clin. – 2001. – Vol. 51, № 1. – P. 15 – 36.
8. Fecal Incontinence Quality of Life Scale. Quality of Life Instrument for Patients with Fecal Incontinence / T.H. Rockwood [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2000. – Vol. 43, No. 1. – P. 9 – 16.
9. Mette O. Giver J-pouch ved lav anterior resection for Rectumcancer bedre funktionelt resultat? / O. Mette, C. John // Ugeskr. Laeger. – 1998. – Vol. 160, №22. – P. 3198 – 3202
10. Modified Double-Stapling Technique in Low Anterior Resection for Lower Rectal Carcinoma / H. Sato [et al.] // Surg. Today. – 2006. – Vol. 36. – P. 30 – 36.
11. Routine Mobilization of the Splenic Flexure is not Necessary During Anterior Resection for Rectal Cancer / Brennan D.J. // Dis. Colon Rectum. – 2006. – Vol. 50. – P. 1–6
12. Ware J.E. Jr. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J.E. Jr. Ware, C.D. Sherbourne // Med Care. – 1992. – Vol. 30. – P. 473 – 483.