

©АБДУЛРАХМАН АБДУЛ КАДИР

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Качество жизни пациентов после реконструктивно-восстановительных операций, выполненных по поводу неопухолевых заболеваний толстой кишки

Цель работы: показать возможности современных реконструктивно-восстановительных операций в обеспечении качества жизни больных, оперированных по поводу тяжелых неопухолевых заболеваний толстой кишки при нетипичных анатомических взаимоотношениях отрезка тонкой кишки и хирургического анального канала, а также при функциональных нарушениях тонкой кишки.

Материалы и методы. Качество жизни исследовали в 103 пациентов при помощи неспецифического опросника Study-Short Form – MOS – SF 36. Пациенты были разделены на 2 группы: контрольная – 35 здоровых лиц и исследуемая – 68 пациентов, оперированных по поводу тяжелых неопухолевых заболеваний толстой кишки: язвенного колита, семейного аденоматозного полипоза, болезни Крона толстой кишки. Пациенты исследуемой группы, в свою очередь, были разделены на подгруппу А, которым выполняли стандартные радикальные и реконструктивно-восстановительные операции и подгруппу Б, у которых вынужденно увеличивали объем радикального этапа операции и применяли усовершенствованные реконструктивно-восстановительные хирургические вмешательства.

Результаты исследований и их обсуждение. Послеоперационные осложнения возникли в 12 (17,6 %) оперированных пациентов. Полученные результаты сравнения качества жизни здоровых лиц и пациентов с неопухолевыми заболеваниями толстой кишки в период до выполнения хирургических вмешательств, у пациентов до и после выполнения указанных операций, у оперированных пациентов в зависимости от особенностей выполнения радикального и реконструктивно-восстановительного этапов хирургических операций свидетельствуют о большом значении методов хирургического лечения в обеспечении достаточного уровня качества жизни в оперированных пациентов по поводу неопухолевых заболеваний толстой кишки, который по результатам балльной оценки опросника SF 36 в значительной степени приближается к показателям качества жизни здоровых лиц.

Достаточно высокий уровень качества жизни в оперированных пациентов по поводу тяжелых неопухолевых заболеваний толстой кишки достигнут путем совершенствования радикальных и реконструктивно-восстановительных операций, которые способствовали значительному уменьшению количества послеоперационных осложнений, степени риска возникновения рецидива заболевания, улучшению основных функций кишечного канала: пищеварения, всасывания, анального держания, опорожнения и, как следствие, степени выраженности патологических диарейного и постколэктомического синдромов.

Ключевые слова: качество жизни; функциональные результаты; неопухолевые заболевания толстой кишки.

Постановка проблемы и анализ последних исследований и публикаций. Качество жизни – чрезвычайно важный и достаточно объективный критерий самооценки эффективности лечения при различных заболеваниях. Это обусловлено тем, что он позволяет пациенту определить уровень собственной физической и психоэмоциональной активности, произвести сравнительный анализ полученных результатов в различные периоды жизни: до возникновения заболевания, в период болезни и после проведенного лечения, оценить степень адаптации к условиям современного социума, эффективность реабилитационных мероприятий [1, 2].

Факторами, оказывающими отрицательное влияние на качество жизни пациентов, оперированных по поводу тяжелых неопухолевых заболеваний толстой кишки, к числу которых относят язвенный колит, болезнь Крона толстой кишки, семейный аденоматозный полипоз считают

выполнение многоэтапных операций, возникновение рецидива заболеваний, ранних и поздних послеоперационных осложнений, тяжелых патологических состояний: диарейного и постколэктомического синдромов, обусловленных необходимостью удаления чрезвычайно важного анатомического отдела пищеварительного канала – толстой кишки. Поэтому к числу факторов улучшения качества жизни указанных пациентов следует отнести выполнение достаточно радикальных и, в тоже время, органосохраняющих операций, первичных или вторичных реконструктивно-восстановительных операций, эффективную профилактику послеоперационных осложнений, рецидивов заболеваний. При этом реконструктивно-восстановительный этап хирургического вмешательства, сущность которого состоит в формировании тазового тонкокишечного резервуара и илеоэндоанального анастомоза, имеет наиболее важное значение в достижении доста-

точного уровня качества жизни в связи с тем, что он способствует улучшению функций кишечного пищеварения, всасывания, анального держания.

Однако у некоторых пациентов, особенно с болезнью Крона, кроме удаления пораженной толстой кишки возникает необходимость удаления терминального участка тонкой кишки, протяженностью от 15 до 70 см в связи с ее поражением. В ряде случаев после вынужденного выполнения радикального этапа хирургического вмешательства обструктивного типа, предусматривающего удаление толстой кишки, формирование илеостомы и культи прямой кишки, возникает “синдром раздраженной тонкой кишки” в виде гипермоторики, гиперперистальтики тонкой кишки, урчания в животе, увеличения количества жидкого химуса до 1,5–2,0 л в течение суток. Поэтому указанное увеличение объема радикального этапа хирургического вмешательства, в связи с удалением терминального участка тонкой кишки и уменьшение в связи с этим длины тонкой кишки, наличие “синдрома раздраженной тонкой кишки” у пациентов, требующих выполнения вторичных реконструктивно-восстановительных операций, создают определенные технические трудности и повышают требования к технике дислокации тонкокишечного трансплантата в полость малого таза, формированию тонкокишечного резервуара, илеоэндоанального анастомоза.

Цель работы: показать возможности современных реконструктивно-восстановительных операций в обеспечении качества жизни больных, оперированных по поводу тяжелых неопухолевых заболеваний толстой кишки при нетипичных анатомических взаимоотношениях отрезка тонкой кишки и хирургического анального канала, а также при функциональных нарушениях тонкой кишки.

Материалы и методы. Качество жизни исследовали у 103 пациентов, которые были разделены на две группы. Контрольную группу численностью 35 человек составили здоровые лица. Результаты исследования качества жизни у представителей контрольной группы использовали для сравнительного анализа с пациентами исследуемой группы, которую составили 68 пациентов, оперированных по поводу тяжелых неопухолевых заболеваний толстой кишки в период с 2008 до 2017 года. Указанная контрольная группа максимально соответствовала по возрасту, полу, социальному статусу, уровню образования представителям исследуемой группы. В составе исследуемой группы было 37 (54,4 %) пациентов мужского пола и 31 (45,6 %) – женского, возраст которых был в пределах 18–37 лет. По поводу язвенного

колита оперировали 31 (45,6 %) пациента, болезни Крона толстой кишки – 18 (26,4 %), семейного аденоматозного полипоза – 19 (27,9 %). Радикальный этап хирургического вмешательства заключался в выполнении колэктомии, сверхнизкой передней резекции прямой кишки, мукозэктомии хирургического анального канала у 57 (83,8 %) больных. Остальным 11 (16,2 %) пациентам, в связи с поражением терминального участка тонкой кишки при болезни Крона и язвенном колите, кроме колэктомии сверхнизкой передней резекцией прямой кишки мукозэктомии хирургического анального канала дополнительно, выполняли резекцию терминального участка подвздошной кишки протяженностью от 15 до 70 см.

В зависимости от особенностей выполнения реконструктивно-восстановительного этапа хирургического вмешательства оперированные пациенты исследуемой группы были распределены на две подгруппы – подгруппу А и Б. В состав исследуемой подгруппы А включены 36 пациентов, у которых реконструктивно-восстановительный этап операции предусматривал формирование тазового тонкокишечного резервуара, илеоэндоанального анастомоза в соответствии с известными способами. Исследуемую подгруппу Б составили 32 пациента, из числа которых у 29 (90,6 %) были технические трудности выполнения реконструктивно-восстановительного этапа хирургического вмешательства, обусловленные уменьшением длины отрезка тонкой кишки вследствие резекции ее терминального участка, короткой брыжейкой тонкой кишки, а также функциональными нарушениями тонкой кишки – у 3 (9,4 %) пациентов в виде “синдрома раздраженной тонкой кишки”. Указанный синдром наблюдали после выполнения радикальной колэктомии и резекции прямой кишки обструктивного типа. Он проявлял себя гипермоторикой, гиперперистальтикой, урчанием в животе, увеличением количества выделявшегося химуса из илеостомы жидкой консистенции в течение суток до 1,5–2 л. В связи этим указанные пациенты нуждались в совершенствовании тактических подходов и, особенно, технических приемов выполнения реконструктивно-восстановительных операций.

С целью улучшения функциональных результатов и качества жизни пациентов исследуемой подгруппы Б с наличием вышеуказанных технических трудностей выполнения реконструктивно-восстановительного этапа хирургического вмешательства и функциональных нарушений тонкой кишки были разработаны, а также использованы следующие способы радикальных и реконструктивно-восстановительных операций.

1. Способ выполнения мукозэктомии, который предусматривает удаление только слизистой оболочки хирургического анального канала и сохранение подслизистой основы, которая служит протектором внутреннему сфинктеру прямой кишки. Это способствует сохранению функции анального держания [3].

2. Способ дислокации тонкокишечного трансплантата в полость малого таза при нестандартных анатомических взаимоотношениях между отрезком тонкой кишки и хирургического анального канала, короткой брыжейке тонкой кишки [4].

3. Способ формирования тонкокишечного резервуара, обладающий физиологической, достаточно эффективной функцией задержки продвижения содержимого тонкой кишки и способствующий, таким образом, улучшению функций кишечного пищеварения и всасывания [5].

4. Способ илеоэндоанального анастомоза, обеспечивающий сопоставление отрезков тонкой кишки и хирургического анального канала поверхностями однородных тканей, что способствовало физиологическому, неосложненному течению процессов сращения [6].

Предпочтение отдавали выполнению первичных реконструктивно-восстановительных операций, условия выполнения которых считаем более благоприятными по сравнению с вторичными. Указанные операции выполняли в 53 (77,9 %) и 15 (22,1 %) соответственно.

Качество жизни исследовали при помощи опросника Study-Short Form – MOS – SF 36, который является самым распространенным неспецифическим опросником оценки качества жизни в большинстве стран мира [7, 8]. Настоящий опросник нашел достаточно широкое применение при исследовании всех компонентов качества жизни. Он состоит из 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал, характеризующих различные сферы жизни человека: 4 из них отображают физическую сферу качества жизни (физическое функционирование – PF, ролевое физическое функционирование – RP, боль – BP, общее здоровье – GH) и 4 – психологическую (жизнеспособность – VT, социальное функционирование – SF, ролевое эмоциональное функционирование – RE, психологическое здоровье – MH) компоненты здоровья. Ответы на вопросы оценивают в баллах (от 1 до 5). Затем вычисляют общий показатель для каждого вопроса и, соответственно, исследуемой шкалы используя формулу: $\text{искомое значение} = (\text{реальное значение показателя} - \text{минимально возможное значение показателя}) \times 100$ [1].

Сбор информации у респондентов производили методом интервью после полученного у них письменного согласия. У пациентов, которым планировали выполнение первичной реконструктивно-восстановительной операции, сбор информации о качестве жизни производили перед выполнением хирургического вмешательства при наличии заболевания. У пациентов после выполненной радикальной операции – обструктивной колэктомии и резекции прямой кишки – сбор информации производили перед выполнением вторичной реконструктивно-восстановительной операции, при наличии энтеростомы. После реконструктивно-восстановительного этапа хирургического вмешательства сбор информации о качестве жизни производили через один год после его выполнения.

Результаты исследований и их обсуждение. Послеоперационные осложнения возникли в 12 (17,6 %) оперированных пациентов. Внутривентрикулярные осложнения и осложнения, обусловленные формированием тазового тонкокишечного резервуара и илеоанального анастомоза – у 5 (7,3 %). Из них абсцесс полости малого таза – 2, внутренний тонкокишечно-влагалищный свищ – 1, наружный кишечный свищ – 1, ишемический резервуарит – 1. Абсцесс полости малого таза раскрывали и дренировали на 7 и 8 сутки послеоперационного периода через контрапертуру для подведения дренажей к пресакральному пространству. Пациентам с ишемическим резервуаритом, наружным свищем области тонкокишечного резервуара, пациентки с тонкокишечно-влагалищным свищем были выполнена экстирпация культи анального канала вместе с илеоанальным анастомозом и тонкокишечным резервуаром, сформировано пожизненную илеостому по методу Брука. У 7 (10,3 %) пациентов возникли внебрюшные осложнения: нагноение операционной раны – 2, пневмония – 3, пиелостит – 2. Их лечение производили в соответствии с общепринятыми стандартами. Рецидивы заболеваний толстой кишки в сохраненных анатомических отделах тонкой кишки отсутствовали, послеоперационной летальности не было.

Результаты сравнения качества жизни здоровых лиц и пациентов с неопухолевыми заболеваниями толстой кишки представлены в таблице 1.

Различия всех показателей у больных в период выполнения хирургического вмешательства по поводу неопухолевых заболеваний толстой кишки по сравнению с группой здоровых лиц отличались высокой достоверностью, что наглядно подтверждается графически (рис. 1).

Таблица 1. Качество жизни здоровых лиц и пациентов с неопухолевыми заболеваниями толстой кишки до выполнения хирургического лечения

Показатели	Группы пациентов		Достоверность различий
	здоровые (контрольная группа)	пациенты (до выполнения операций)	
	n=35	n=68	P
PF	94,2±4,3	46,3±3,2	<0,001
RP	86,3±1,7	27,1±2,8	<0,001
BP	83,2±4,1	45,9±5,3	<0,001
GH	75,8±2,7	31,7±6,2	<0,001
VT	68,4±3,6	37,3±8,1	<0,001
SF	81,2±4,9	44,7±6,5	<0,001
RE	83,6±6,3	31,3±9,7	<0,001
MH	67,4±5,2	20,2±4,7	<0,001

Качество жизни здоровых лиц и пациентов с неопухолевыми заболеваниями толстой кишки до выполнения хирургического лечения

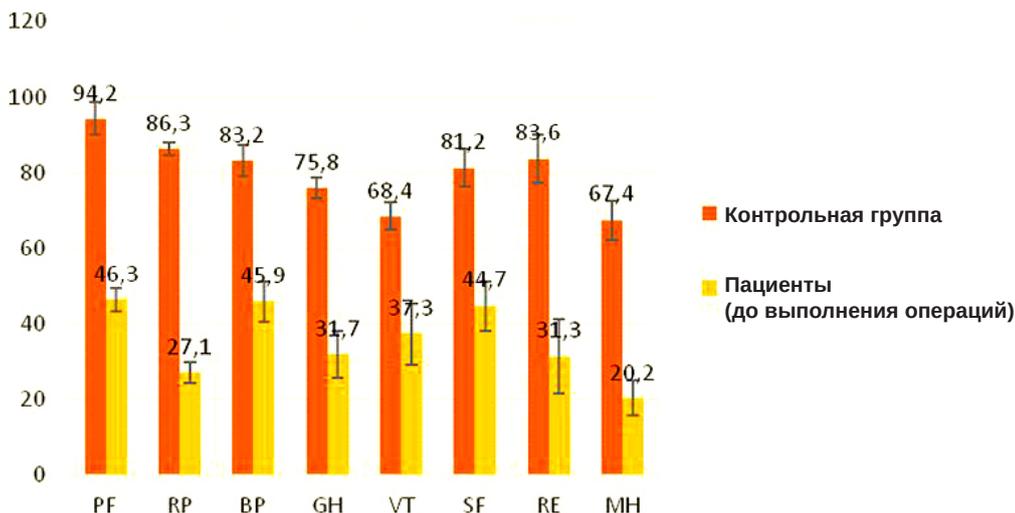


Рис. 1. Сравнительная оценка качества жизни здоровых лиц и больных до выполнения хирургических вмешательств по поводу неопухолевых заболеваний толстой кишки.

На следующем этапе исследовали качество жизни у пациентов исследуемой группы после выполненных операций. Исследование проводили через один год после завершения всех этапов хирургического лечения в период, когда происходит стабилизация основных функций пищеварительной системы к новым анатомическим условиям, возникшим вследствие перенесенной операции. Сравнительный анализ результатов проводили с результатами этих же пациентов, полученных в период до выполнения хирургического лечения (табл. 2).

Из данных, представленных в таблице 2 следует, что количество баллов каждой из шкал, характеризующих качество жизни через один год

после выполненных операций в исследуемой группе оперированных пациентов, значительно превышает исходные значения, полученные у них в период до выполнения хирургических вмешательств. Различия значений каждой шкалы опросника SF 36 были статистически достоверными. Указанные различия наглядно представлены графически (рис. 2).

Представляет интерес сравнительный анализ результатов исследования качества жизни на основании бальной оценки шкал опросника у пациентов через один год после выполненных операций и здоровых лиц.

Данные, представленные в таблице 3, указывают на менее благоприятные результаты бальной

Таблиця 2. Результати якості життя у пацієнтів досліджуваної групи до і після хірургічного лікування

Показатели	Исследуемая группа пациентов		Достоверность различий
	до выполнения операции	после выполнения операции	
	n=68	n=68	P
PF	46,3±3,2	68,2±7,1	<0,05
RP	27,1±2,8	67,3±6,2	<0,05
BP	45,9±5,3	76,8±4,1	<0,05
GH	31,7±6,2	71,2±3,4	<0,05
VT	37,3±8,1	65,1±2,9	<0,05
SF	44,7±6,5	77,4±2,7	<0,05
RE	31,3±9,7	74,8±3,9	<0,05
MH	20,2±4,7	65,3±4,8	<0,001

Результаты качества жизни у пациентов исследуемой группы до и после хирургического лечения

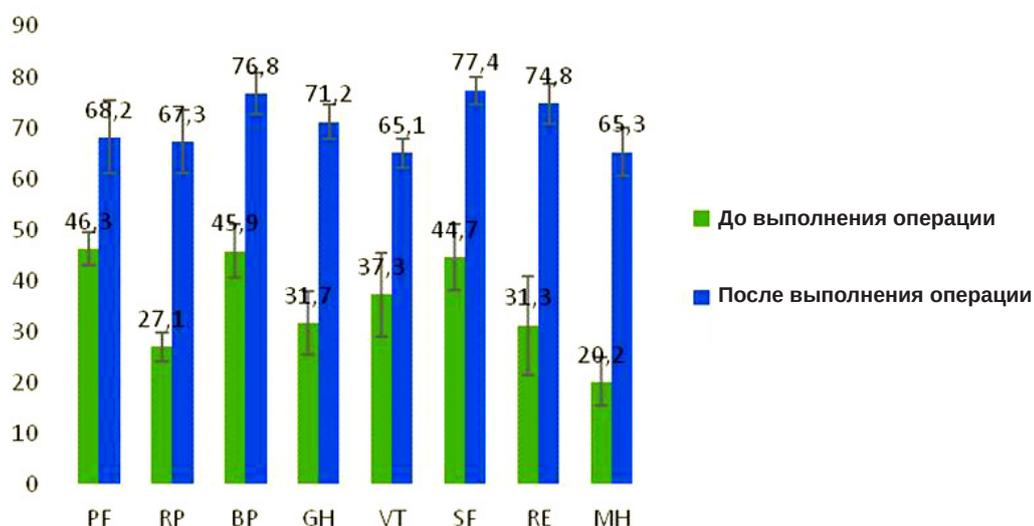


Рис. 2. Сравнительная оценка качества жизни пациентов с неопухолевыми заболеваниями толстой кишки в период до выполнения хирургических операций и после их выполнения.

Таблиця 3. Сравнительная оценка качества жизни здоровых лиц и оперированных пациентов с неопухолевыми заболеваниями толстой кишки

Показатели	Группы пациентов		Достоверность различий
	здоровые (контрольная группа)	пациенты после выполненных операций	
	n=35	n=68	P
PF	94,2±4,3	68,2±7,1	<0,05
RP	86,3±1,7	67,3±6,2	<0,05
BP	73,2±4,1	76,8±4,1	>0,05
GH	75,8±2,7	71,2±3,4	>0,05
VT	68,4±3,6	65,1±2,9	>0,05
SF	81,2±4,9	77,4±2,7	>0,05
RE	83,6±6,3	74,8±3,9	>0,05
MH	67,4±5,2	65,3±4,8	>0,05

оценки большинства шкал, характеризующих физическую сферу качества жизни. Значения шкалы физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP) существенно отличались. Их различия были статистически достоверные. Однако показатели бальной оценки шкал, характеризующих психическую сферу качества жизни у оперированных пациентов, были достаточно высокими и не имели достоверных

отличий по сравнению с группой здоровых лиц. Указанные различия наглядно представлены диаграммой на рисунке 3.

Важным было исследование качества жизни оперированных пациентов подгрупп А и Б, которые отличались особенностями выполнения у них хирургических вмешательств. Результаты критериев опросника SF 36, полученные в этих пациентов, представлены в таблице 4.

Сравнительная оценка качества жизни здоровых лиц и оперированных пациентов с неопухолевыми заболеваниями толстой кишки

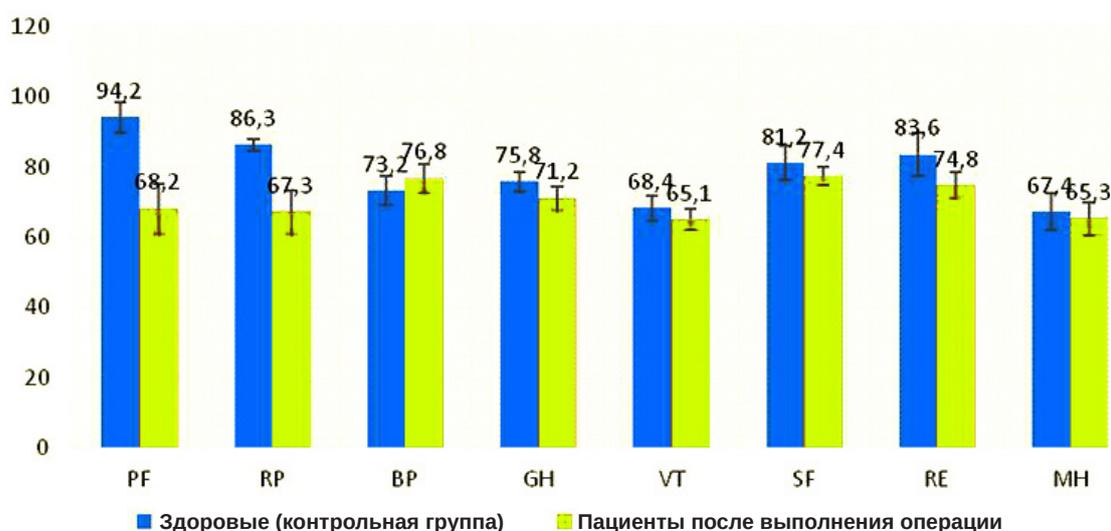


Рис. 3. Сравнительная оценка качества жизни пациентов с неопухолевыми заболеваниями толстой кишки и здоровых лиц и оперированных пациентов по поводу неопухолевыми заболеваниями толстой кишки.

Таблица 4. Качество жизни у пациентов исследуемой группы в зависимости от особенностей выполненных хирургических вмешательств

Показатели	Исследуемая группа пациентов		Достоверность различий P
	подгруппа А	подгруппа Б	
	n=36	n=32	
PF	67,5±4,7	69,3±5,8	>0,05
RP	65,4±1,9	68,1±5,3	>0,05
BP	59,9±4,3	63,5±2,7	>0,05
GH	68,4±5,7	71,4±6,1	>0,05
VT	63,2±5,4	65,1±4,3	>0,05
SF	71,4±5,2	73,2±1,9	>0,05
RE	58,1±7,4	61,4±2,7	>0,05
MH	64,3±5,3	67,3±2,9	>0,05

Данные таблицы 4 свидетельствуют о незначительном увеличении количества баллов каждой из шкал опросника у пациентов подгруппы Б и отсутствие у них статистически достоверных отличий по сравнению с пациентами подгруппы А, что наглядно подтверждается графически (рис. 4).

Из данных таблицы 1 следует, что контингент здоровых лиц контрольной группы по результатам бальной оценки шкал опросника SF 36, характеризующих физическую и психологическую сферы качества жизни, обладал достаточно высокими, приближенными к максимально



Рис. 4. Сравнительная оценка качества жизни пациентов с неопухолевыми заболеваниями толстой кишки в зависимости от особенностей выполненных хирургических вмешательств.

возможным, показателями по сравнению с 53 пациентами, которым предстояло выполнение радикального и первичного реконструктивно-восстановительного этапов хирургического лечения, а также с 15 пациентами с наличием энтеростомы, которым предстояло выполнение только вторичного реконструктивно-восстановительного этапа.

Достаточно высоким у здоровых лиц были показатели физического функционирования – PF, ролевого физического функционирования – RP, которые указывают на незначительное влияние физических проблем на процессы жизнедеятельности. Отмечен достаточно высокий уровень социальной активности – SF, высокий уровень эмоциональной и физической способности к общению с другими людьми. Показатель общего здоровья – GH и эмоциональной способности заниматься профессиональной деятельностью – RE составляли $(75,8 \pm 2,7)$ и $(83,6 \pm 6,3)$ баллов соответственно. Более низкими были показатели оценки жизнеспособности (энергичности настроения) – $(68,4 \pm 3,6)$ балла и психического здоровья – MH – $(67,4 \pm 5,2)$ балла.

Данные настоящей таблицы также указывают на более низкие показатели качества жизни по всем исследуемым шкалам опросника у пациентов в период до выполнения хирургического вмешательства по сравнению с здоровыми лицами. Так, в два раза у них был ниже показатель физической активности – PF, почти в три раза показатель RP, отражающий резкое повышение роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Значительное ограничивающее влияние на функциональную активность оказывал бо-

левой синдром. Ограниченной была потребность в реализации социальной активности. Резко выраженной в ограничении жизнедеятельности была роль эмоциональных проблем, о чем свидетельствует уменьшение значения показателя RE почти в три раза. На этом фоне было отмечено выраженное значение показателя общего здоровья – GH, энергичности, настроения и жизнеспособности – VT, психологического здоровья – MH, социальной активности – SF. В пределах этих показателей у пациентов было ухудшение взаимоотношений с окружающими, проблемы в отношениях с представителями противоположного пола. Ухудшение взаимоотношений с окружающими можно объяснить зависимостью пациентов от их близких, вынужденным ограничением социальных контактов из-за концентрации внимания на заболевании и предстоящей операции, снижением работоспособности, нарастающим внутренним недовольством вследствие снижения общего уровня качества жизни.

Таким образом, качество жизни больных до выполнения хирургического вмешательства по поводу неопухолевых заболеваний толстой кишки было значительно ниже по всем показателям опросника SF-36 за счет уменьшения физической и социальной активности, значительного снижения субъективной оценки эмоционального состояния, настроения и, в целом, общего состояния здоровья. Это было обусловлено наличием тяжелого заболевания, которое представляет реальную угрозу для жизни, а также предстоящей операцией, сопряженной с физическими страданиями и психотравмирующими факторами.

Следует отметить, что основными критериями эффективности хирургической реабилитации пациентов после выполненных операций по поводу неопухолевых заболеваний толстой кишки являются отсутствие пожизненной илеостомы на передней брюшной стенке, благоприятные функциональные результаты, свидетельствующие об отсутствии тяжелых проявлений диарейного, постколэктомического синдромов, синдрома анальной инконтиненции.

У большинства оперированных пациентов количество опорожнений составляло от 2 до 5 раз в течение суток, что соответствует максимально значению физиологической частоты опорожнений здорового человека или незначительном ее превышении. Указанная частота опорожнений не оказывала существенного отрицательного влияния на жизнедеятельность оперированных пациентов. Консистенция каловых масс в большинстве случаев у них была кашицеобразной, его суточное количество составляло в пределах 300–450 гр. У большинства оперированных пациентов отсутствовали признаки нарушения анального держания. Указанные функциональные результаты, полученные у оперированных пациентов, свидетельствуют о восстановлении основных функций кишечного канала: кишечного пищеварения, всасывания, анального держания, опорожнения. Это способствовало улучшению показателей практически всех критериев, характеризующих физическую и психическую составляющие качества жизни, согласно опросника SF 36. Кроме благоприятных функциональных результатов, полученных в результате выполнения реконструктивно-восстановительного этапа хирургического вмешательства, важное значение для улучшения показателей качества жизни имело выполнение радикального этапа хирургического вмешательства, предусматривающего удаление толстой кишки, как органа разрушенного заболеванием и представляющего собой источник интоксикации и алергизации организма. Указанные факторы ориентировали пациентов на выздоровление, восстановление физических сил, эмоциональный подъем, вселяли уверенность в возможность самореализации и адаптации к условиям современного социума.

Данные таблицы 3, где представлены результаты бальной оценки шкал опросника у здоровых лиц и пациентов после выполненных операций, свидетельствуют о наличии у последних физических проблем, обусловленных перенесенной операцией. Большинство указанных пациентов вели менее активный образ жизни, отказывались от занятий силовыми видами спорта, трудовой дея-

тельности связанной с повышенными физическими нагрузками. Однако в психоэмоциональном отношении большинство из них считают себя здоровыми людьми и полноценными гражданами общества. Об этом свидетельствуют показатели шкал, характеризующих психическую сферу деятельности оперированных пациентов, значения которых максимально приближались к значениям аналогичных шкал у здоровых лиц, различия которых статистически недостоверны. Это свидетельствует о достаточно высоком уровне психической реабилитации оперированных пациентов.

Данные, представленные в таблице 4 указывают, что у пациентов подгруппы А, у которых выполняли стандартные радикальные и реконструктивно-восстановительные операции и подгруппы Б после разработанных радикальных и реконструктивно-восстановительных операций показатели качества жизни, согласно критериев опросника SF 36, не отличались статистической достоверностью. Однако у пациентов подгруппы Б они были несколько выше, что указывает на более значительный реабилитационный эффект при использовании разработанных реконструктивно-восстановительных операций по сравнению с традиционными. Более значительный реабилитационный эффект разработанных реконструктивно-восстановительных операций также подтверждается тем, что они были выполнены в условиях более сложных анатомических взаимоотношений между отрезком тонкой кишки и хирургического анального канала вследствие удаления терминального участка подвздошной кишки протяженностью от 15 до 70 см, а также при функциональных нарушениях тонкой кишки вследствие наличия “синдрома раздраженной тонкой кишки”. Однако их применение позволило получить аналогичные результаты качества жизни сравнительно с теми пациентами, которых оперировали при отсутствии дополнительных неблагоприятных факторов выполнения реконструктивно-восстановительных операций.

Таким образом, у пациентов после хирургического лечения неопухолевых заболеваний толстой кишки, предусматривающих выполнение колэктомии, сверхнизкой передней резекции прямой кишки, мукозэктомии хирургического анального канала получен достаточно высокий уровень показателей качества жизни согласно шкал опросника SF 36. Показатели качества жизни также были достаточно высокими и не имели достоверных статистических различий у категории пациентов после вынужденного расширения объема радикального хирургического вмешательства, за счет

дополнительного удаления терминального участка подвздошной кишки протяженностью от 15 до 75 см, а также у пациентов с функциональными нарушениями тонкой кишки, в частности с наличием “синдрома раздраженной тонкой кишки”, выполнение реконструктивно-восстановительного этапа у которых отличается значительно большими техническими трудностями. Это обусловлено более благоприятными функциональными результатами, полученными вследствие применения разработанных более совершенных реконструктивно-восстановительных операций нового типа, а именно, способов дислокации тонкокишечного трансплантата в полость малого таза, формирования тазового тонкокишечного резервуара, илеоэндоанального анастомоза, способствующих улучшению основных функций кишечного канала: кишечного пищеварения, всасывания, анального держания, опорожнения.

Выводы. 1. Качество жизни больных, оперированных по поводу неопухолевых заболеваний толстой кишки, в значительной степени зави-

сит от радикализма хирургического вмешательства, отсутствия осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах, рецидива заболеваний в оставшейся тонкой кишке, тяжелых проявлений послеоперационных патологических состояний: диарейного и постколэктомического синдромов, синдрома вторичной анальной инконтиненции, нарушений функции опорожнения.

2. Совершенствование техники выполнения радикальных и реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательств при неопухолевых заболеваниях толстой кишки путем разработки и применения новых способов выполнения мукозэктомии, дислокации тонкокишечного трансплантата в полость малого таза, формирования тазового тонкокишечного резервуара, илеоэндоанального анастомоза способствовало уменьшению послеоперационных осложнений, улучшению функциональных результатов, значительно уменьшению степени выраженности патологических синдромов, обусловленных удалением толстой кишки, улучшению качества жизни оперированных пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оценка качества жизни гастроэнтерологических больных / Н. Барышникова, Л. Белоусова, В. Петренко, Е. Павлова // *Врач*. – 2013. – № 7. – С. 62–65.
2. Качество жизни больных, оперированных по поводу рака толстой кишки / А. И. Пойда, В. М. Мельник, Л. Г. Заверный, Р. Н. Абу Шамсия // *Клиническая онкология*. – 2011. – Вып. I. – С. 47–52.
3. Detailed analysis of total colectomy on health-related quality of life in adult patients with ulcerative colitis / H. Asadzadeh Aghdaei, F. Ghasemi, M. Nooraliee [et al.] // *Gastroenterol Hepatol. Bed. Bench.* – 2017. – Vol. 10 (Suppl. 1). – P. 27–S32. PMID: PMC5838177
4. Effects of Jianpi Qingchang decoction on the quality of life of patients with ulcerative colitis: A randomized controlled trial / Y. C. Dai, L. Zheng, Y. L. Zhang [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. – 2017. – Vol. 96 (16). – P. e6651. doi: 10.1097/MD.0000000000006651.
5. Пат. 42679 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб виконання

- мукозектомії / О. І. Пойда, В. М. Мельник ; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. – № u 200903046; заявл. 31.03.2009 ; опубл. 10.07.2009, Бюл. № 13.
6. Пат. 128180 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб мобілізації тонкокишкового трансплантата / Мельник В. М., Пойда О. І., Абулрахман Абдул Кадір; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. – № U 201802253; заявл. 5.03.2018 ; опубл. 10.09.2018, Бюл. № 17.
7. Пат. 128758 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування тонко кишкового тазового резервуара / Мельник В. М., Пойда О. І., Абулрахман Абдул Кадір; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. – № u 201802861 ; заявл. 21.03.2018 ; опубл. 10.10.2018, Бюл. № 19.
8. Пат. 127364 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб ілеоендоанального анастомозу / Мельник В. М., Пойда О. І., Абулрахман Абдул Кадір; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. – № U 201802283 ; заявл. 5.03.2018 ; опубл. 25.07.2018, Бюл. № 14.

REFERENCES

1. Baryshnikova, N., Belousova, L., Petrenko, V., & Pavlova, Ye. (2013). Otsenka kachestva zhizni gastroenterologicheskikh bolnykh [Evaluation of the quality of life of gastroenterological patients]. *Vrach – Doctor*, 7, 62–65 [in Russian].
2. Poyda, A.I., Melnik, V.M., Zavernyy, L.G., & Abu Shamsiya, R.N. (2011). Kachestvo zhizni bolnykh, operirovannykh po povodu raka tolstoy kishki [The quality of life of patients operated on for colon cancer]. *Klinicheskaya onkologiya – Clinical Oncology*, 1, 47–52 [in Russian].
3. Asadzadeh Aghdaei, H., Ghasemi, F., Nooraliee, M., Fazel, M.S., & Anaraki Sorrentino, D. (2017). Detailed analysis of

- total colectomy on health-related quality of life in adult patients with ulcerative colitis. *Gastroenterol. Hepatol. Bed. Bench.*, 10 (11), S27–S32. PMID: PMC5838177
4. Dai, Y.C., Zheng, L., Zhang, Y.L., Chen, X., Chen, D.L., & Tang, Z.P. (2017). Effects of Jianpi Qingchang decoction on the quality of life of patients with ulcerative colitis: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*, 96 (16), e6651. doi: 10.1097/MD.0000000000006651.
5. Patent 42679 Ukraina. MPK A 61 V 17/00. Sposib vykonannia mukozektomii. Poida, O.I., & Melnyk, V.M. (Ukraina). Natsionalnyi medychnyi universytet imeni O.O. Bohomoltsia. u

200903046. Zaiavl. 31.03.2009; Opubl. 10.07.2009. Biul. № 13. – Patent 42679 Ukraine. IPC A 61 B 17/00. Method of performing mucosectomy. Declared. March 31, 2009; Published July 10, 2009. Bull No. 13 [in Ukrainian].
6. *Patent 128180 Ukraina*. MPK A 61 V 17/00. Sposib mobilizatsii tonkokyshkovoho transplantata. Melnyk, V.M., & Poida, O.I. Abdulrahman Abdul Kadir. (Ukraina). Natsionalnyi medychnyi universytet imeni O.O. Bohomoltsia. U 201802253 – Zaiavl. 5.03.2018; Opubl. 10.09.2018. Biul. № 17. – Patent 128180 Ukraine. IPC A 61 B 17/00. Method of mobilization of small cell transplant. Available. March 5, 2018; Published 09.10.2018. Bull No. 17 [in Ukrainian].
7. *Patent 128758 Ukraina*. MPK A 61 V 17/00. Sposib formuvannia tonkokyshkovoho tazovoho rezervuara. Melnyk, V.M., Poida, O.I., & Abdulrahman Abdul Kadir. (Ukraina). Natsionalnyi medychnyi universytet imeni O.O. Bohomoltsia. u 201802861. Zaiavl. 21.03.2018; Opubl. 10.10.2018. Biul. № 19. – Patent 128758 Ukraine. MKK A 61 B 17/00. Method of formation of the thin intestinal pelvic reservoir. It was submitted on March 21, 2013; Published 10.10.2018. Bull. No. 19 [in Ukrainian].
8. *Patent 127364 Ukraina*. MPK A 61 V 17/00. Sposib ileoendoanalnoho anastomozu. Melnyk, V.M., Poida, O.I., & Abdulrahman Abdul Kadir. (Ukraina). Natsionalnyi medychnyi universytet imeni O.O. Bohomoltsia. u 201802283 – Zaiavl. 5.03.2018; Opubl. 25.07.2018. Biul. No. 14. Patent 127364 Ukraine. IPC A 61 B 17/00. Method of ileoendoanal anastomosis. Claimed. March 5, 2018; Published 07.25.2018. Bull. No. 14 [in Ukrainian].

Отримано 10.09.2018

Електронна адреса для листування: alzaatah@yahoo.com

ABDULRAHMAN ABDUL QADIR

O. Bohomolets National Medical University, Kyiv

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER RECONSTRUCTIVE-RESTORATION OPERATIONS PERFORMED ON NON-TUMOR COLON DISEASES

The aim of the work: to show the possibility of modern reconstructive-restorative operations in assuring the quality of life of patients operated because of severe non-tumor colon diseases with non-typical anatomical interrelations of the small intestine segment and the surgical anal canal, as well as in functional disorders of the small intestine.

Materials and Methods. Quality of life was investigated in 103 patients with a non-specific Study-Short Form-MOS-SF 36 questionnaire. The patients were divided into 2 groups: control (35 healthy persons) and the study – 68 patients operated for severe non-tumor colon diseases: ulcerative colitis, familial adenomatous polyposis, Crohn's disease of the colon. Patients in the study group were divided into subgroup, who underwent the standard radical and reconstructive-recovery operations and subgroup B, who involuntarily underwent the increased the amount of radical stage of the operation and advanced reconstructive-recovery surgical interventions.

Results and Discussion. Postoperative complications occurred in 12 (17.6 %) operated patients. The results of comparing the quality of life of healthy individuals and patients with non-neoplastic diseases of the colon in the period before surgery, in patients before and after these operations, in operated patients, depending on the characteristics of the radical and reconstructive-restorative stages of surgery, indicate a great deal methods of surgical treatment in ensuring an adequate level of quality of life in operated patients about non-tumor diseases of the colon, which according to the results of the ball evaluation of the SF 36 questionnaire, is largely close to the indicators of the quality of life of healthy individuals.

A fairly high standard of living in operated patients for severe non-tumor colon diseases will be achieved by improving radical and reconstructive-restorative operations, which contributed to a significant reduction in the number of postoperative complications, the risk of recurrence, improvement of the basic functions of the intestinal canal: digestion, absorption, anal holding, evacuation and, as a consequence, the degree of severity of pathological diarrhea and post-lectomy syndromes.

Key words: quality of life; functional outcomes; non-tumor colon diseases.

АБДУЛРАХМАН АБДУЛ КАДІР

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ, ВИКОНАНИХ ІЗ ПРИВОДУ НЕПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ

Мета роботи: показати можливості сучасних реконструктивно-відновних операцій в забезпеченні якості життя хворих, оперованих із приводу тяжких непухлинних захворювань товстої кишки при нетипових анатомічних взаємовідношеннях відрізка тонкої кишки і хірургічного анального каналу, а також при функціональних порушеннях тонкої кишки.

Матеріали і методи. Якість життя досліджували у 103 пацієнтів за допомогою неспецифічного опитувальника Study–Short Form – MOS – SF 36. Пацієнтів розділили на дві групи: контрольну – 35 здорових осіб і дослідну – 68 пацієнтів, оперованих із приводу тяжких непухлинних захворювань товстої кишки: виразкового коліту, сімейного аденоматозного поліпозу, хвороби Крона товстої кишки. Пацієнтів дослідної групи, в свою чергу, поділили на підгрупи А, яким виконували стандартні радикальні і реконструктивно-відновлювальні операції, і підгрупу Б, у яких вимушено збільшували обсяг радикального етапу операції і застосовували вдосконалені реконструктивно-відновлювальні хірургічні втручання.

Результати досліджень та їх обговорення. Післяопераційні ускладнення виникли у 12 (17,6 %) оперованих пацієнтів. Отримані результати порівняння якості життя здорових осіб і пацієнтів із непухлинними захворюваннями товстої кишки в період до виконання хірургічних втручань, у пацієнтів до і після виконання зазначених операцій, в оперованих пацієнтів залежно від особливостей виконання радикального і реконструктивно-відновного етапів хірургічних операцій свідчать про велике значення методів хірургічного лікування в забезпеченні достатнього рівня якості життя в оперованих пацієнтів із приводу непухлинних захворювань товстої кишки, який за результатами бальної оцінки опитувальника SF 36 значною мірою наближається до показників якості життя здорових осіб.

Високий рівень якості життя в оперованих пацієнтів із приводу тяжких непухлинних захворювань товстої кишки досягнуто шляхом вдосконалення радикальних і реконструктивно-відновних операцій, які сприяли значному зменшенню кількості післяопераційних ускладнень, ступеня ризику виникнення рецидиву захворювання, покращення основних функцій кишкового каналу: травлення, всмоктування, анального тримання, випорожнення і, як наслідок, ступеня вираження патологічних діарейного і постколектомічного синдромів.

Ключові слова: якість життя; функціональні результати; непухлинні захворювання товстої кишки.