

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-089.168-1-06-616

С.В. Аникин, В.В. Яновой**СИНДРОМ НИЗКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ****ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
(Благовещенск)**

Впервые предложена схема стратификации аноректальной дисфункции у пациентов после «низкой» резекции прямой кишки, которая апробирована у 32 пациентов с формированием «илеоасцендоцекального неоректума». Показано, что данный способ позволяет достичь хороших функциональных результатов и высокого качества жизни в ранние сроки после операции. Предложенная схема доказала эффективность и показала возможность получения объективных и унифицированных данных об аноректальной дисфункции после низкой резекции прямой кишки.

Ключевые слова: низкая резекция прямой кишки, функциональный результат, илеоасцендоцекальный неоректум, опросник оценки тяжести аноректальной дисфункции

LOW RECTUM RESECTION SYNDROME AND ITS CORRECTION**S.V. Anikin, V.V. Yanovoy****Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk**

First stratification scheme of the anorectal dysfunction after low rectum resection was described and its appliance was shown in 32 cases with "ileoascendocecal neorectum" creation. It was shown that this method of neorectum creation allowed to get good functional results and high quality of life quality in early postoperative period. Described stratification scheme of anorectal dysfunction was approved to be good tool to unify objective clinical information about patients' anorectal functions after the low rectal surgery.

Key words: low rectum resection, functional results, ileoascendocecal neorectum, anorectal dysfunction questionnaire.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Аноректальная область анатомически и функционально представляет собой сложный комплекс, включающий ампулу и сфинктер прямой кишки (ПК), париетальную брюшину малого таза и мышцы тазового дна с их рецепторным полем, аноректальный угол, функциональный сфинктер О'Берна – Пирогова – Мутье и др. Неудивительно, что при «низкой» резекции прямой кишки в результате выпадения функций этих органов, в 18 – 46,5 % случаев развивается т.н. «синдром низкой резекции» (СНР) [2]. Клиника СНР вариабельна и может включать различные симптомы: ввиду выпадения резервуарной функции ПК у пациентов развивается анальная инконтиненция различной степени выраженности, вследствие выпадения эвакуаторной и сенсорной функции – нарушение опорожнения кишки в виде задержки стула и (или) частые дефекации, фрагментированного акта дефекации, тенезмы, императивные позывы. Все эти симптомы оказывают значительное негативное влияние на качество жизни оперированных пациентов, дезадаптируя их в социальном и трудовом статусе. Для коррекции СНР предложено множество способов формирования искусственной ампулы ПК – «неоректум» [2, 4]. Также предложено большое количество классификаций и оценочных схем степени тяжести

отдельно для каждого компонента СНР: анальной инконтиненции, задержки стула, качества жизни [1, 5]. В большинстве работ, касающихся анализа функциональных результатов операции формирования «неоректум» тем или иным способом, авторы проводят оценку функционального эффекта, опираясь только на степень анальной инконтиненции, что не совсем верно. Мы считаем, что на сегодняшний день, стройной специальной стратификации т.е. схемы оценки степени тяжести аноректальной дисфункции после «низкой резекции» не предложено. Поэтому целесообразно разработать такую схему, поскольку она позволит объективизировать и унифицировать клинические данные, полученные при различных способах коррекции СНР и объективно оценить их эффективность.

Цель исследования: разработать схему оценки степени тяжести аноректальной дисфункции после операции «низкой» резекции ПК и провести оценку функциональных результатов формирования «неоректум» по предложенной методике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работу включены результаты исследования 32 случаев «низкой» резекции ПК с формированием «неоректум» описанным в наших ранних работах способом транспозиции илеоасцендоцекального

комплекса с реверсией [3]. Из оперированных – 26 женщин и 6 мужчин. Средний возраст – 57 лет. Расстояние до анастомоза – $4,5 \pm 1,1$ см. Исследование клинических данных проведено на 3-й, 6-й, 12-й мес. после операции путем анкетирования.

Для разработки опросника оценки аноректальной дисфункции предварительно проведено

анкетирование пациентов после «низкой» резекции ПК с включением вопросов и утверждений из существующих инструментов оценки тяжести анальной инконтиненции, задержки стула, уровня качества жизни (А.М. Аминев; FISI; Wexner; FIQL; SF-36; В.И. Помазкина) и ряд других. Методом факторного анализа из них были выделены те пункты,

Таблица 1
Клинические характеристики аноректальной функции оперированных через 3, 6, 12 месяцев после операции

Характеристика	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Удержание кала			
полное	60 %	80 %	90 %
периодическое калопачканье белья	40 %	20 %	10 %
инконтиненция для жидкого кала ночью	40 %	20 %	10 %
инконтиненция для жидкого кала днем	20 %	0 %	0 %
инконтиненция для твердого кала	0 %	0 %	0 %
Внезапные позывы	10 %	0 %	0 %
Фрагментация стула (3 и более актов дефекации в час)	20 %	20 %	10 %
Болезненность дефекации	10 %	0 %	0 %
Частота/сутки в среднем (ранжиров.)	3 (0–4)	2 (1–3)	2 (1–2)

Таблица 2
Опросник для оценки степени тяжести «синдрома низкой резекции»

	Никогда	Редко	Иногда	Обычно	Всегда	Множитель
Анальная инконтиненция						
Твердый	0	1	2	3	4	Пачканье × 1 Фрагмент × 1,5 Полный объем × 2 Только во время сна × 0,5
Жидкий	0	1	2	3	4	
Газ	0	1	2	3	4	
Ношение подкладок	0	1	2	3	4	
Использование антидиарейных препаратов					НЕТ – 0	ДА – 2
Частота стула						
до 2–4 раз в сутки					НЕТ – 0	ДА – 1
5–9 раз в сутки					НЕТ – 0	ДА – 4
10 и более раз в сутки					НЕТ – 0	ДА – 8
Констипация (задержка стула)						
задержка стула на 1–2 дня					НЕТ – 0	ДА – 1
задержка стула на 3–6 дней					НЕТ – 0	ДА – 4
задержка на 7 и более дней					НЕТ – 0	ДА – 8
Использование слабительных средств – множитель на 2						
Императивные позывы						
пациент дифференцирует содержимое кишки,					ДА – 0	НЕТ – 2
в состоянии отсрочить акт дефекации на 15 мин,					ДА – 0	НЕТ – 4
в состоянии отсрочить дефекацию более чем на 5 мин, но менее 15 мин					ДА – 4	НЕТ – 8
Фрагментация стула						
НЕТ – 0				ЕСТЬ: за 2–3 приема в течение 10–30 минут – 1 за 4–5 приемов в течение 30–60 минут – 4 за 6 и более приемов в течение более 1 часа – 8		
Влияние на стиль жизни	0	1	2	3	4	

Примечание: никогда – 0; редко < 1 раз в месяц; иногда < 1 раза в неделю, > 1 раза в месяц; обычно < 1 раза в день, > 1 раза в неделю; всегда > 1 раза в день.

которые имели особенно важное значение для пациентов, и проведена их балльная оценка. В результате получен опросник, включающий 24 пункта, определяющих степень тяжести компонентов СНР (табл. 2). Оценка воспроизводимости проводилась методом «тест – ретест» после 2-недельного интервала. Ввиду отсутствия подобных опросников проведение оценки критериальной валидности осуществлялось путем корреляционного анализа с опросниками оценки качества жизни SF-36 и В.И. Помазкина (2010). В основе данной оценки лежит положение о том, что чем выше степень тяжести аноректальной дисфункции больного, тем ниже уровень качества его жизни и наоборот, что нашло отражение в ходе нашего исследования. Для оценки мы проводили вычисление коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Его значение более 0,6 считалось признаком сильных корреляционных соотношений.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Получены следующие клинические результаты операции (табл. 1).

Полученные данные сложны для интерпретации, проведения статистического исследования и сравнительного анализа как в исследуемой группе в различные сроки после операции, так и в сравнении с другими способами формирования «неоректум».

Выходом из данной ситуации может быть предложенный нами опросник (табл. 2).

Исследуемые пациенты не отмечали сложности при ответе на поставленные вопросы, не требовали уточнений. При оценке воспроизводимости методом «тест – ретест» отмечено отсутствие статистически значимых различий во всех шкалах при повторном заполнении опросника через 2 недели (t-критерий Стьюдента; $p > 0,05$).

На 3-й месяц после операции при оценке по предложенному нами опроснику степени тяжести нарушения аноректальных функций, средняя сумма баллов составила $4,2 \pm 1,6$ балла, и это было обусловлено, в основном, показателями пациентов после формирования ручного колоанального анастомоза. На 6-й месяц послеоперационного периода отмечена тенденция к улучшению функциональных результатов, и сумма баллов составила $3,0 \pm 0,8$, а на 12-й месяц – $2,4 \pm 1,2$ балла (рис. 1).

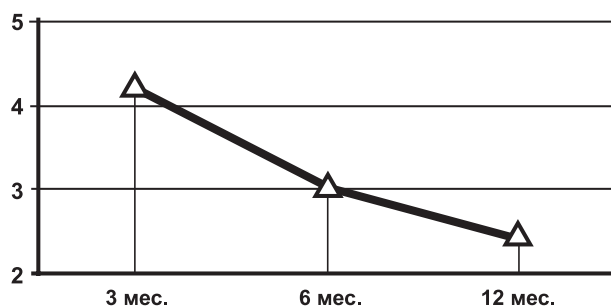


Рис. 1. Степень тяжести аноректальной дисфункции через 3, 6, 12 мес. после операции «низкой» резекции прямой кишки с формированием «илеоасцендоцекального неоректум»

При оценке критериальной валидности данные нашего опросника, указывающие на регрессию степени аноректальной дисфункции в течение 1 года после операции, имели сильное корреляционное соотношение с динамикой повышения общей удовлетворенностью качеством жизни и шкалами как опросника В.И. Помазкина (2010), так и опросника MOS SF-36 за тот же период (рис. 2).

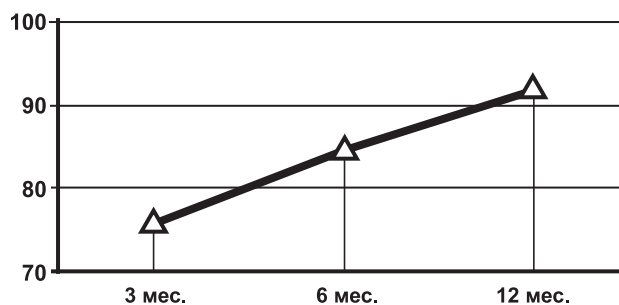


Рис. 2. Степень удовлетворения качеством жизни оперированных по В.И. Помазину (2010) через 3, 6, 12 мес. после операции «низкой» резекции прямой кишки с формированием «илеоасцендоцекального неоректум»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный способ оценки тяжести СНР позволяет объективизировать и унифицировать клинические данные, полученные при различных способах коррекции СНР и оценить их эффективность. Это особенно актуально, потому как в основе оценки функционального результата подобных операций лежит оценка клинических признаков нарушенных функций аноректальной области, объективный точный учет которых сложен и не всегда возможен.

Согласно предложенному опроснику, формирование «неоректум» путем транспозиции илеоасцендоцекального комплекса с реверсией при «низкой» резекции прямой кишки позволяет достоверно получить хороший функциональный результат и уровень качества жизни уже на 3-й месяц после операции.

ЛИТЕРАТУРА

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. – С. 59–63.
2. Жерлов Г.К., Баширов С.Р. Резервуарные и сфинктеромоделирующие технологии в хирургии рака прямой кишки. – Новосибирск: Наука, 2008. – 184 с.
3. Илеоасцендоцекальный комплекс в создании неоректум после низкой передней резекции прямой кишки / В.В. Яновой, Ю.В. Доровских, С.В. Аникин [и др.] // Колопроктология. – 2010. – № 2 (32). – С. 36–41.

4. Hida J.-I., Okuno K. Pouch operation for rectal cancer // Surg. Today. — 2010. — Vol. 40. — P. 307–314.

5. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems / C.J. Vaizey, E. Carapeti, J.A. Cahill [et al.] // Gut. — 1999. — Vol. 44. — P. 77–80.

Сведения об авторах

Аникин Сергей Владимирович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95; тел.: 8 (4162) 52-68--28)

Яновой Валерий Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ