

© КУСЬМИНОВА С.В., АН В.К., АЧКАСОВ Е.Е.

УДК 617-089

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ СТРИКТУРАМИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АНОПЛАСТИКИ**

С.В. Кусьминова, Ан В.К., Е.Е. Ачкасов

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, ректор – член-корр. РАМН, П.В. Глыбочко; кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета; зав. – акад. РАМН Н.О. Миланов; Городская клиническая больница №67, Москвы, гл. врач – д.м.н. А.С. Шкода.

***Резюме.** Представлена сравнительная характеристика 75 больных в возрасте от 18 до 78 лет с послеоперационными стриктурами анального канала, преимущественно 2-3 степени, после различных вариантов хирургического лечения (стриктуротомия с пластикой анального канала трапецевидным лоскутом и дополненный вариант операции послабляющим разрезом кожи /патент РФ на изобретение №2391917 от 20.06.2010 г., стриктуротомия с подшиванием краёв раны ко дну раны). Оценку качества жизни проводили с помощью опросника SF-36 Health Status Survey. Лучшие результаты лечения и показатели качества жизни, максимально приближенные к таковым у здоровых людей, отмечены после стриктуротомии с пластикой анального канала трапецевидным лоскутом и послабляющим разрезом кожи.*

***Ключевые слова:** анальный канал, послеоперационные стриктуры, анопластика, качество жизни.*

Кусьминова Светлана Валериевна – аспирант каф. госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; e-mail: [chistyisvet@mail.ru](mailto:chistyisvet@mail.ru).

Ан Виктор Киманович – к.м.н., зав. колопроктологическим отделением ГКБ №67 г. Москвы, Заслуженный врач РФ; тел. 8(495)5303096.

Ачкасов Евгений Евгеньевич – д.м.н., проф. каф. госпитальной хирургии №1 л/ф Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; e-mail: [2215.q23@rambler.ru](mailto:2215.q23@rambler.ru).

По данным отечественных и зарубежных авторов, частота выявления послеоперационных стриктур анального канала (ПСАК) в последние десятилетия не снижается, несмотря на разработку и внедрение различных способов лечения [2, 4, 5], причём удельный вес ПСАК среди всех доброкачественных заболеваний прямой кишки достигает 1,7% [2, 5]. Сложность лечения ПСАК обусловлена высокой частотой рецидивирования и послеоперационными осложнениями, в том числе в виде некроза перемещаемого лоскута и несостоятельностью швов. Отдаленные результаты лечения нередко неудовлетворительны и сопряжены со снижением качества жизни больных [4, 6]. Учитывая данные литературы и результаты собственных исследований, мы пришли к выводу о необходимости и возможности разработки способа хирургического лечения ПСАК, сопровождающегося ликвидацией сужения анального канала, обеспечивающего уменьшение частоты рецидива заболевания и улучшение качества жизни пациентов.

Поставленная цель была решена разработкой операции, заключающейся в стриктуротомии с пластикой анального канала слизистым лоскутом и послабляющим линейным разрезом кожи перпендикулярно линиям Лангера. На предложенный способ лечения выдан патент РФ на изобретение №2391917 от 20.06. 2010.

### **Материалы и методы**

Проанализированы результаты обследования и лечения 75 больных в возрасте от 18 до 78 лет по поводу послеоперационной стриктуры анального канала (ПСАК), находившихся в ГКБ №67 г. Москвы с января 2004г. по

январь 2010г. Из общего количества больных было 46 (61,3%) женщин и 29 (38,7%) мужчин, средний возраст –  $49,6 \pm 13,5$  лет, длительность заболевания –  $4,2 \pm 0,64$  лет. Для анализа результатов хирургического лечения пациенты были распределены на три группы. I группу составили 32 пациента, которым выполнена оригинальная операция – стриктуротомия с пластикой анального канала трапециевидным лоскутом и послабляющим разрезом кожи. Во II группу включили 28 больных со стриктуротомией и пластикой анального канала трапециевидным лоскутом. 15 пациентам III группы выполнили стриктуротомию с подшиванием краёв раны к дну. Статистически достоверных различий в группах по возрасту, полу, длительности заболевания и выраженности сопутствующих заболеваний не выявлено. Степень сужения анального канала определяли согласно классификации А.М. Аминова (1973) с помощью расширителей Гегара. В план обследования больных, помимо осмотра и общеклинических методов, включали: проктографию и обзорную рентгенографию брюшной полости. Степень выраженности недостаточности питания определяли с помощью прогностического индекса гипотрофии (ПИГ) на основании содержания альбумина (А) в сыворотке крови (г/л) и окружности средней трети плеча (см) (ОП) по формуле:  $\text{ПИГ} (\%) = 140 - 1,5(A) - 1(\text{ОП})$ .

Для оценки выраженности боли при дефекации использовали визуальную аналоговую шкалу (Visual Analog Scale) (ВАШ): до хирургического вмешательства и через 6 месяцев после пластической операции на анальном канале больным предлагали самостоятельно оценить болевые ощущения при дефекации с помощью листа бумаги с отмеченными на нём значениями от 0 до 10. Аналогичным образом оценивали выраженность боли в покое на 1-е, 3-е, 5-е и 7-е сутки после операции. Значение 0 соответствовало полному отсутствию боли, значение 10 – максимально выраженной боли, которую мог представить испытуемый. Отношение расстояния от начала шкалы до отмеченной точки к длине шкалы являлось весом данного исхода. Для

оценки интенсивности послеоперационной боли изучали потребность в наркотических анальгетиках (2% раствор промедола).

Для оценки качества жизни (КЖ) до и через 6 месяцев, после пластической операции на анальном канале, использовали опросник «SF-36 Health Status Survey» (русская версия). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: 1) физическое функционирование (ФФ); 2) ролевое физическое функционирование (РФФ); 3) интенсивность боли (ИБ); 4) шкала общего здоровья (ОЗ); 5) шкала жизненной активности (ЖА); 6) социальное функционирование (СФ); 7) ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ); 8) шкала психологического здоровья (ПЗ). Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы). Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100 баллов. В качестве контрольной группы, для сравнения с ней качества жизни больных с ПСАК, использовали популяционные показатели качества жизни 2114 жителей Санкт-Петербурга по опроснику SF-36, выполненного в соответствии с требованиями Международного проекта IQOLA [1, 3].

Статистическая обработка материала включала определение расчет точечных (процентные доли, средние значения) и интервальных (среднеквадратическое отклонение) показателей, определение статистически значимых различий между группами осуществлялось методом определения t-критерия Стьюдента (при условии параметрического распределения и равенства дисперсий) для количественных показателей и методом определения критерия  $\chi^2$  для качественных учетных признаков. При оценке состоятельности нулевой гипотезы принят уровень ошибки  $p < 0,05$ .

### **Результаты и обсуждение**

Результаты исследования представлены в табл. 1. Обзорная рентгенография органов брюшной полости позволила у 18 (24%) больных ПСАК установить диагноз хронической толстокишечной непроходимости. На обзорных рентгенограммах, выполненных в вертикальном положении,

выявляли пневматизацию ободочной кишки у 24 (32%) больных, кроме того, уровни жидкости с газом над ними в виде арок в тонкой кишке выявлены в 6 (8%) наблюдениях.

При проктографии у 24 (32%) больных выявили супрастенотическое расширение ампулы прямой кишки, у 18 (24%) пациентов пневматизацию сигмовидной кишки.

Гипотрофия I степени выявлена у 20 (26,7%) пациентов, гипотрофия II степени – у 9 (12%) больных.

Тестирование до операции с помощью ВАШ боли показало что, интенсивность боли при дефекации соответствует 4,8-7,0 баллов (в среднем  $5,9 \pm 1,1$  балла) (табл. 2).

Средняя продолжительность операции значимо ниже у пациентов III группы ( $19,0 \pm 2,17$  мин), по сравнению с больными I ( $25,72 \pm 3,04$  мин) и II ( $22,57 \pm 2,28$  мин) групп ( $p < 0,05$ ).

У больных III группы отметили наименьшую потребность в наркотических анальгетиках. При субъективной оценке пациентами послеоперационной боли в покое при помощи ВАШ боли выявлено, что интенсивность послеоперационной боли в покое достоверно выше после стриктуротомии с пластикой анального канала трапециевидным лоскутом при ПСАК по сравнению с другими видами пластики анального канала (табл. 2).

В структуре ранних послеоперационных осложнений преобладали дизурические расстройства и гнойно-воспалительные осложнения.

Сроки пребывания больных в стационаре существенно не отличались и составляли в I группе  $8,5 \pm 0,5$  дня, во II группе –  $8,6 \pm 1,2$  дня, а в III группе –  $7,5 \pm 1,4$  дня ( $p < 0,05$ ).

В сроки от 6 месяцев и более с момента операции прослежено 70 (93,3%) больных. Отдаленные результаты прослежены у 32 (100%) больных I группы, 25 (89,3%) – II группы и 13 (86,7%) – III группы. Поздние послеоперационные осложнения выявлены у 6 (8,6 %) из 70 прослеженных больных, в том числе 3 (4,3%) рецидива заболевания.

Тестирование пациентов через 6 месяцев после операции с помощью ВАШ боли при дефекации демонстрировало наибольшую интенсивность боли в III группе (табл. 2).

Данные о результатах исследования показателей качества жизни пациентов с ПСАК до и после хирургического лечения представлены в табл. 3.

При анализе показателей качества жизни больных с ПСАК до лечения отмечено клинически значимое снижение физического компонента здоровья в основном за счет низких значений шкал ФФ и ИБ, это свидетельствует о том, что боль значительно ограничивает пациентов с ПСАК в повседневной активности и выполнении физических нагрузок. Психический компонент здоровья также снижен за счет показателей всех 4 шкал: СФ, РЭФ, ЖА, ПЗ.

После стриктуротомии с подшиванием краёв раны к дну у пациентов III группы отмечено статистически достоверное повышение физического компонента здоровья на 13,8% и психического компонента здоровья на 15,7% ( $p < 0,05$ ). Во II группе отметили ещё большее увеличение показателей физического и психического компонентов здоровья – 18,1% и 30%, соответственно ( $p < 0,05$ ). Наиболее значительное увеличение всех шкал КЖ зафиксировано в I группе – физический компонент здоровья на 25,3% и психический компонент здоровья на 39,4% ( $p < 0,05$ ).

Проведенные исследования демонстрируют, что операция, выполненная пациентам I группы, значительно улучшает показатели КЖ практически по всем шкалам и приближает их значение к средневозрастным показателям здорового населения. Адекватное замещение суженного участка анального канала трапециевидным слизистым лоскутом и выполнение послабляющего разреза кожи, позволяющего снять напряжение в шве и обеспечить благоприятные условия для заживления тканей с формированием рубца не приводящего к дополнительным ограничениям пациентов в обычной жизнедеятельности, привели к клинически значимым изменениям по всем шкалам опросника SF-36. У пациентов I группы отмечали увеличение показателей по шкалам ЖА, СФ, РЭФ и ПЗ, что свидетельствует о

положительном воздействии рассматриваемого вмешательства на психологический статус пациентов.

Таким образом, развитие ПСАК сопровождается длительным нарушением опорожнения кишечника с хронической толстокишечной непроходимостью и дефицитом трофического статуса. Стриктуротомия с подшиванием краев раны к дну и стриктуротомия с пластикой анального канала сопровождаются высокой частотой ранних и поздних осложнений, снижением социально-трудовой адаптации больных ввиду длительного, а нередко многократного лечения. Устранение ПСАК с помощью стриктуротомии, пластики анального канала трапециевидным лоскутом и послабляющим разрезом является радикальным методом лечения, позволяющим предотвратить рецидив заболевания с улучшением качества жизни больного, приближённого к уровню качества жизни здорового населения.

## **RESULTS OF SURGICAL TREATMENT AND ESTIMATION OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH POST-OPERATIVE STRICTURES OF ANAL CHANNEL BEFORE AND AFTER DIFFERENT TYPES OF ANAPLASTICS**

S.V. Kusminova, V.K. An, E.E. Achkasov

I.M. Sechenov First MSMU,

City clinical hospital №67 of Moscow

**Abstract.** The paper presents 75 patients of 18-78 years old with post-operative strictures of anal channel (2-3 level of severity) after different types of surgical treatment (stricturotomy with anal channel plastics of trapezoidal flap and amended version of the operation with remittent skin cut/ patent of Russian Federation №2391917 from 06.20.2010 stricturotomy with stitching the wound edges to the bottom of the wound). Estimation of life quality was made with SF-36 Health Status Survey. The best treatment results and indicators of life quality maximal were revealed in patients with stricturotomy by anal channel plastics with the trapezoidal flap with remittent skin cut.

**Key words:** anal channel, post operative strictures, anaplastics, life quality.

### Литература

1. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») // Научно-практическая ревматология. – 2008. – 1. – 36-48.
2. Ан В. К. Стриктуры анального канала и выбор метода их хирургического лечения: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – М., 1996. – 23 с.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М., 2007. – 314 с.
4. Habr-Gama A, Sobrado C.W., de Araújo S.E. et al. Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplasties. // Clinics.–2005.– Vol.60, № 1. – P. 17-20.
5. Liberman H., Thorson A.G. How I do it. Anal stenosis //Am. J. Surg.– 2000.–Vol. 179, № 4. – P. 325-329.
6. Ramcharan K.S., Hunt T.M. Anal stenosis after LigaSure hemorrhoidectomy. // Dis. Colon. Rectum. – 2005. – Vol.48, №8. – P. 1670-1671.