

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**



Низамходжаев Зайниддин Махаматович<sup>1</sup>, Лигай Руслан Ефимович<sup>1,2</sup>,  
Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич<sup>3</sup>, Хаджибаев Жамшид Абдуазимович<sup>1</sup>, Омонов Расул Рахмонович<sup>1</sup>,  
Цой Алексей Олегович<sup>1</sup>, Мадрахимов Шохрух Нодирбекович<sup>1</sup>, Авалбаев Жахонгир Махмудович<sup>1</sup>,  
Худойшукуров Сардор Абдусалович<sup>1</sup>

1 - ГУ «Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

3 - Центральная больница Самаркандского городского медицинского объединения, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**ҲАЛҚУМ, ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА ОШҚОЗОННИНГ КУЙИШДАН КЕЙИНГИ ҚЎШМА ЧАНДИҚЛИ СТРИКТУРАЛАРИДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ**

Низамходжаев Зайниддин Махаматович<sup>1</sup>, Лигай Руслан Ефимович<sup>1,2</sup>,  
Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич<sup>3</sup>, Хаджибаев Жамшид Абдуазимович<sup>1</sup>, Омонов Расул Рахмонович<sup>1</sup>,  
Цой Алексей Олегович<sup>1</sup>, Мадрахимов Шохрух Нодирбекович<sup>1</sup>, Авалбаев Жахонгир Махмудович<sup>1</sup>,  
Худойшукуров Сардор Абдусалович<sup>1</sup>

1 - "Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази" ДМ, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

3 - Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси марказий касалхонаси, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

**ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN COMBINED POST-BURN CICATRICAL STRICTURES OF THE PHARYNX, ESOPHAGUS, AND STOMACH**

Nizamkhodjaev Zainiddin Makhmatovich<sup>1</sup>, Ligai Ruslan Efimovich<sup>1,2</sup>,  
Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich<sup>3</sup>, Khadjibaev Jamshid Abduazimovich<sup>1</sup>, Omonov Rasul Rakhmonovich<sup>1</sup>,  
Tsoi Alexey Olegovich<sup>1</sup>, Madрахimov Shokhrukh Nodirbekovich<sup>1</sup>, Avalbaev Jakhongir Makhmudovich<sup>1</sup>,  
Khudoyshukurov Sardor Abdusalovich<sup>1</sup>

1 - State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov", Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

3 - Central Hospital of Samarkand City Medical Association, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [shohruh14.95@mail.ru](mailto:shohruh14.95@mail.ru)

---

**Резюме.** Мақолада ҳалқум, қизилўнғач ва ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандиқли стриктуралари (ХҚваОҚККЧС) сабаб фарингоколопластика амалиётини бошдан кечирган 68 нафар беморнинг ҳаёт сифати таҳлил қилинган. Муаллифлар томонидан ХҚваОҚККЧС билан оғриган беморларда ўз ҳолатини субъектив баҳолаш ва клиник симптомларни баҳолаш натижалари госпитал хавотир ва депрессия шкаласи (HADS), Спилбергернинг STAI тести ҳамда SF-36 сўровномаси асосида динамикада статистик таққослама таҳлил қилинган.

**Калим сўзлар:** фарингоколопластика, қўшма куйишдан кейинги қизилўнғач чандиқли стриктуралари, ҳаёт сифати баҳоси.

**Abstract.** The article presents an analysis of the quality of life in 68 patients who underwent pharyngocoloplasty for combined post-burn cicatricial strictures of the pharynx, esophagus, and stomach (CPBCS of pharynx, esophagus, and stomach). The authors conducted a statistical comparative analysis of patients' subjective self-assessment and clinical symptoms using the Numeric Rating Scale (NRS), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and the SF-36 questionnaire over the course of the study.

**Keywords:** pharyngocoloplasty, combined post-burn cicatricial esophageal strictures, quality of life.

---

**Актуальность.** Качество жизни (КЖ) – это «характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии» [2].

По мере роста неудовлетворенности условиями современной жизни изучение КЖ, сначала отвергнутое в современном индустриальном мире за туманность и отсутствие действительного содержания, сейчас требует активного изучения, без которого обрекается на неудачу любое исследование, направленное на удовлетворение потребностей человека [3].

Основным хирургическим компонентом КЖ у таких пациентов по праву являются степень дисфагии с размером самого сильного сужения, а также скорость пассажа пищи по кишечнику и темп восстановления нормальной массы тела [9].

Лучшее КЖ установлено у больных после операций с использованием целого желудка для создания искусственного пищевода, тонкокишечная изоперистальтическая пластика на втором месте, искусственный пищевод из толстой кишки в антиперистальтической позиции показал удовлетворительный результат, а самые хорошие результаты локальной пластики при сохраненном естественном пищеводе [4].

Самооценка собственного состояния наглядно демонстрирует уровень КЖ хотя и широкое варьирует индивидуально [6, 7].

**Цель исследования:** изучить качество жизни пациентов в аспекте непосредственной и отдаленной эффективности стандартных и разработанных методов хирургических вмешательств при сочетанных постожоговых рубцовых сужениях глотки, пищевода и желудка.

**Материалы и методы исследования.** Согласно дизайну исследования нами проведен сравнительный анализ динамики КЖ 68 пациентов с СПРСГПиЖ в возрасте 4-85 лет (средний

возраст – 34,43±0,66 лет), получавших стационарное обследование и лечение в отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» в 2000-2023 гг. на сроках – в первые сутки поступления в стационар, после окончания лечения, через 6 месяцев, 1, 2 и 3 года после проведенного лечения.

Пациенты были разделены на 2 группы: основная группа (ОГ) – 39 пациентов с СПРСГПиЖ, прооперированных разработанным нами способом наложения фарингоколоанастомоза при шунтирующей пластике пищевода (патент на изобретение IAP № 05835 «Способ формирования фарингоколоанастомоза при шунтирующей колопластике»); группа сравнения (ГС) – 29 больных с СПРСГПиЖ, которым проведена хирургическая коррекция рубцового сужения глотки и пищевода путем наложения анастомоза с косопоперечным рассечением пищевода.

Нами проводился статистический сравнительный анализ результатов оценки субъективной оценки собственного состояния и клинических симптомов пациентами с СПРСГПиЖ по ЦРШ госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), теста Спилбергера STAI и опросника SF-36 в динамике исследования.

**Результаты и обсуждение.** Сравнительный анализ результатов динамики баллов общего состояния по ЦРШ продемонстрировал статистически значимую межгрупповую разницу уже через 6 месяцев после проведения хирургической коррекции СПРСГПиЖ, которая констатирована на всем протяжении динамического наблюдения (табл. 1).

Идентичная картина характеризует и клиническую симптоматику – дисфагию, динамика которой также имела статистически значимую межгрупповую разницу начиная с 6 месяцев и до окончания срока наблюдения.

**Таблица 1.** Динамика субъективной оценки общего состояния по ЦРШ пациентами с СПРСГПиЖ (M±m)

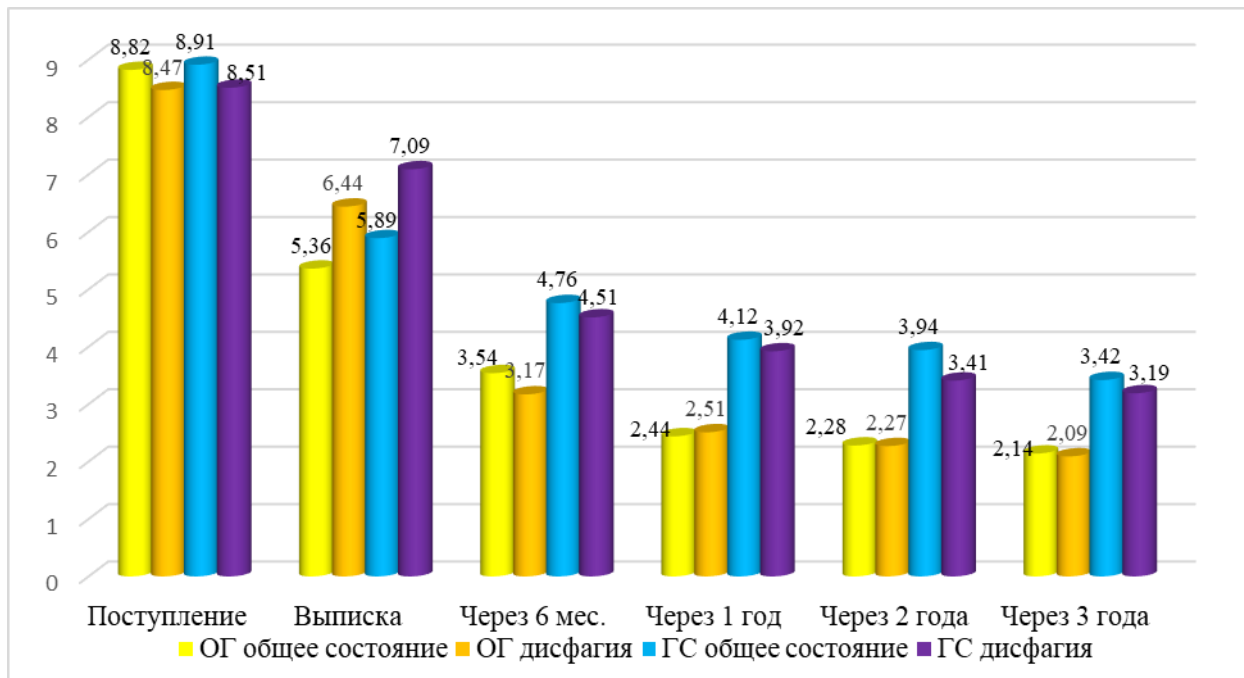
Сроки наблюдения	ОГ (n=39)	ГС (n=29)	p-value
Поступление	8,82±0,79	8,91±0,84	0.938029
Выписка	5,36±0,64*	5,89±0,82*	0.612113
Через 6 мес.	3,54±0,35*	4,76±0,45*	0.036111
Через 1 год	2,44±0,42*	4,12±0,59*	0.023507
Через 2 года	2,28±0,48*	3,94±0,54*	0.024813
Через 3 года	2,14±0,41*	3,42±0,47*	0.044174

Примечание: \* - разница с исходным уровнем статистически значима на уровне  $p \leq 0,05$

**Таблица 2.** Динамика субъективной оценки дисфагии по ЦРШ пациентами с СПРСГПиЖ (M±m)

Сроки наблюдения	ОГ (n=39)	ГС (n=29)	p-value
Поступление	8,47±0,94	8,51±0,89	0.975444
Выписка	6,44±0,87	7,09±0,91	0.607400
Через 6 мес.	3,17±0,49*	4,51±0,42*	0.041822
Через 1 год	2,51±0,47*	3,92±0,49*	0.041789
Через 2 года	2,27±0,41*	3,41±0,37*	0.042993
Через 3 года	2,09±0,38*	3,19±0,39*	0.047494

Примечание: \* - разница с исходным уровнем статистически значима на уровне  $p \leq 0,05$



**Рис. 1.** Динамика изучаемых по ЦРШ показателей пациентов

Кроме того, следует отметить сопоставимость появления статистической значимости разницы баллов общего состояния обеих групп в сравнении с исходным уровнем – уже на момент выписки из стационара, в то время как статистическая значимость разницы с исходным уровнем дисфагии появлялась в обеих исследуемых группах только через 6 месяцев после выписки из стационара.

Таким образом по ЦРШ нами сделан вывод о большей субъективной результативности разработанного нами способа наложения фарингоколо-

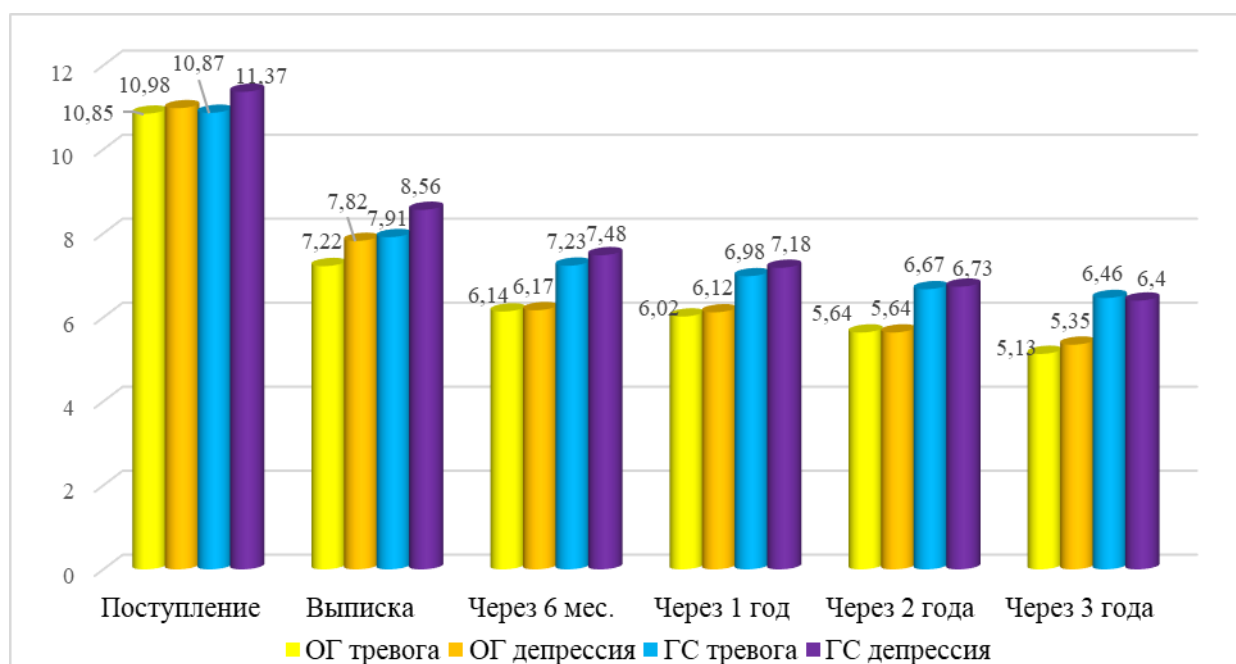
анастомоза при шунтирующей пластике пищевода относительно стандартно применяемого метода операций (рис. 1).

Нами проведена сравнительная оценка пациентов исследуемых групп и в плане динамики психологического состояния по шкале HADS (табл. 6.6). Субклиническую тревогу имели в ОГ 32 (82,05%) пациентов при 7 (17,95%) с клинической тревогой, то в ГС это соотношение составляло 26 (89,66%) и 3 (10,34%) пациентов соответственно, без статистической значимости межгрупповой разницы ( $p=0.597$ ).

**Таблица 3.** Динамика баллов по подшкалам HADS пациентов с СПРСГПиЖ (M±m)

Сроки наблюдения	ОГ (n=39)	ГС (n=29)	p-value
<b>HADS тревога</b>			
Поступление	10,85±1,03	10,87±1,08	0.846534
Выписка	7,22±0,71*	7,91±0,82*	0.526918
Через 6 мес.	6,14±0,45*	7,23±0,54*	0.125836
Через 1 год	6,02±0,32*	6,98±0,35*	0.047052
Через 2 года	5,64±0,38*	6,67±0,34*	0.047509
Через 3 года	5,13±0,32*	6,46±0,38*	0.009389
<b>HADS депрессия</b>			
Поступление	10,98±1,07	11,37±1,16	0.805588
Выписка	7,82±0,99*	8,56±1,08	0.615206
Через 6 мес.	6,17±0,47*	7,48±0,56*	0.077814
Через 1 год	6,12±0,33*	7,18±0,41*	0.048149
Через 2 года	5,64±0,36*	6,73±0,40*	0.046928
Через 3 года	5,35±0,34*	6,40±0,39*	0.046517

Примечание: \* - разница с исходным уровнем статистически значима на уровне  $p \leq 0,05$



**Рис. 2.** Динамика показателей шкалы HADS пациентов обеих групп

По субшкале депрессии HADS ОГ имели клиническую депрессию 27 (69,23%) пациентов и 12 (30,77%) с субклинической депрессией, а в ГС – 23 (79,31%) и 6 (20,69%) пациентов соответственно, без статистической значимости межгрупповой разницы ( $p=0.514$ ).

Таким образом начальный уровень групп по субшкалам HADS сопоставим и больше выражена депрессия, при чем у большинства исследуемых – клинически выраженная, хотя и не максимально тяжелой.

На момент выписки из стационара пациентов обеих групп характеризовал субклинический уровень тревоги и депрессии по шкале HADS. Нормализация состояния по субшкале тревоги HADS происходила уже через 6 месяцев, а статистически значимо лучшее состояние в ОГ нами

констатировано через 2 года после операции, как и при межгрупповом сравнении статистически значимая разница констатирована через 2 года динамического наблюдения.

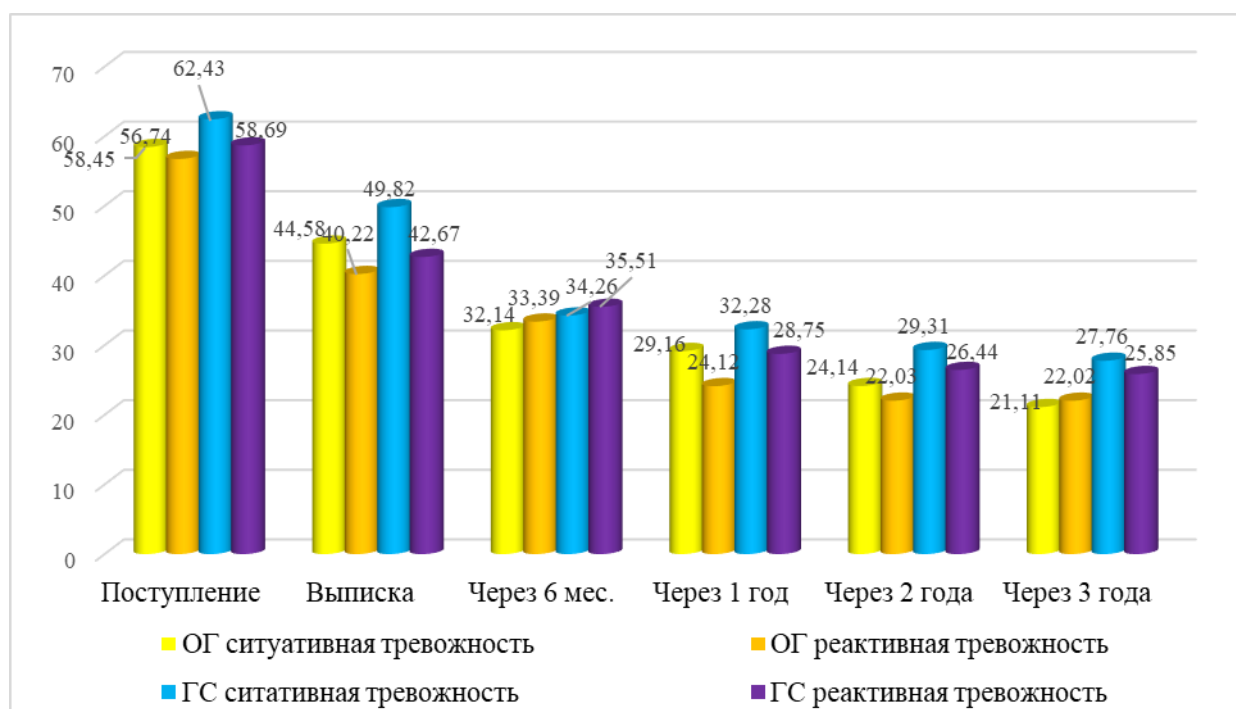
Пошкале депрессии HADS в ОГ нормализовалось состояние пациентов через 6 месяцев, а в ГС только через 2 года, причем при межгрупповом сравнении статистически значимая разница констатирована через 1 год динамического наблюдения.

Это позволяет сделать вывод о большей субъективной психологической эффективности применения разработанного нами способа наложения фарингоколоанастомоза при шунтирующей пластике пищевода в сравнении с наложением анастомоза с косопоперечным рассечением пищевода.

**Таблица 4.** Динамика баллов по STAI пациентов с СПРСГПиЖ (M±m)

Сроки наблюдения	ОГ (n=39)	ГС (n=29)	p-value
ситуативная тревожность STAI			
Поступление	58,45±5,59	62,43±5,61	0.616979
Выписка	44,58±3,71*	49,82±4,52	0.373510
Через 6 мес.	32,17±3,47*	34,26±3,51*	0.673367
Через 1 год	29,16±2,42*	32,28±2,48*	0.371225
Через 2 года	24,14±2,36*	29,31±2,43*	0.131801
Через 3 года	21,11±2,31*	27,76±2,35*	0.047716
реактивная тревожность STAI			
Поступление	56,74±4,78	58,69±4,82	0.708402
Выписка	40,22±3,21*	42,67±3,32*	0.597556
Через 6 мес.	33,39±2,89*	35,51±2,98*	0.611295
Через 1 год	24,12±2,41*	28,75±2,82*	0.216457
Через 2 года	22,03±2,17*	26,44±2,24*	0.162123
Через 3 года	22,02±2,21*	25,85±2,22*	0.225870

Примечание: \* - разница с уровнем при поступлении статистически значима на уровне  $p \leq 0,05$



**Рис. 3.** Динамика показателей теста STAI пациентов обеих групп

При проведении сравнительного анализа динамики ситуативной и личностной тревожности по подшкале ситуативная тревожность теста Спилбергера STAI нами констатирована статистически значимая разница при межгрупповом сравнении только при исследовании через 3 года, что говорит о сопоставимости психологических реакций на собственное состояние пациентов обеих групп (табл. 4).

Мы констатировали статистически значимое снижение ситуативной тревожности по тесту STAI в ОГ уже при выписке, а в ГС – только через 6 месяцев после проведенной хирургической коррекции. При этом реактивная тревожность по тесту STAI имела статистически значимые изменения в сравнении с исходным уровнем уже при выписке в обеих группах, но статистическая зна-

чимось межгрупповой разницы по этой шкале не была достигнута на протяжении всего периода динамического наблюдения.

Также нами проведен динамический сравнительный анализ КЖ по общему опроснику здоровья SF-36, причем осуществляли подсчет средних показателей и их межгрупповое сравнение, как и сравнение с исходным уровнем, всех шкал этого опросника в отдельности и средней суммы баллов в каждый период (табл. 5).

При анализе результатов опросника SF-36 пациентов с СПРСГПиЖ обеих подгрупп в сравнении с общепопуляционными показателями нами констатировано резкое практически четырехкратное снижение КЖ по шкале физическое функционирование (PF), что безусловно обусловлено их патологией, приводящей к резкому огра-

ничению повседневной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья, что, конечно, сказывается и на ролевом физическом функционировании (RP). Уменьшение КЖ по параметру соматическая боль (BP) характеризует превалирование субъективных болевых ощущений пациентов ГС, хотя и без статистически значимой разницы с ОГ в ограничении повседневной деятельности.

Субъективная оценка нашими исследуемыми общего собственного здоровья (GH) при поступлении также снижена от общепопуляционной нормы практически в 4 раза в обеих исследуемых группах, причем несколько худшая тенденция характеризует ОГ. КЖ по шкале жизнеспособность (VT) констатируется практически двукратно сниженной относительно общепопуляционной нормы, что вполне логично, учитывая развивающиеся алиментарные нарушения, обязательно влияющие на жизненный тонус, бодрость и энергичность исследуемых пациентов обеих групп.

Социальное функционирование (SF) демонстрирует нам социализацию исследуемых, снижение показателей этой подшкалы у пациентов ОГ констатируется в 4,5 раза, в ГС – в 5 раз относи-

тельно общепопуляционной нормы, что констатирует уменьшение частоты и качества взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами и с окружающими людьми.

Низкие баллы по ролевому эмоциональному функционированию (RE), свидетельствуют о значительном влиянии угнетённого эмоционального состояния на повседневную жизнедеятельность, так в обеих группах средний балл по этой шкале снижен относительно общепопуляционной нормы примерно в 4 раза.

Субъективная оценка психического здоровья (MH) демонстрирует нам настроение больного, счастье, спокойствие, умиротворенность. В нашем исследовании при поступлении пациенты ОГ демонстрировали 2,9 кратное снижение результатов относительно общепопуляционной нормы, а в ГС – в 3,1 раза.

Но следует отметить, что статистически значимой разницы по шкалам опросника SF-36 при поступлении не отмечено ( $p \geq 0,05$ ), хотя наибольшая разница констатируется в параметре жизнеспособность (VT), меньшая в показателях соматическая боль (BP) и психическое здоровье (MH).

**Таблица 5.** Динамика баллов показателей опросника SF-36 пациентов исследуемых групп (M±m)

Показатель	До лечения	Выписка	Через 6 мес.	Через 1 год	Через 2 года	Через 3 года
ОГ (n=39)						
PF	16,44±4,68	35,79±5,53#	47,41±6,81#	51,85±7,39#	56,12±7,51#	58,41±7,43#
RP	15,32±4,69	34,81±5,32#	47,22±6,88#	51,36±7,37#	56,18±7,27#	59,14±7,39#
BP	14,41±3,47	28,34±6,47#	45,23±6,66#	52,25±6,82#	54,18±7,23#	57,86±7,57#
GH	16,37±2,59	32,44±6,62#	46,92±6,75#	52,16±7,28#	55,46±7,27#	58,59±7,18#
VT	23,19±4,87	37,19±6,29#	45,68±6,17#	54,25±7,01#	57,14±7,07#	61,65±7,29#
SF	12,46±3,19	27,55±6,45	46,27±6,09#	53,23±6,26#	58,89±6,42#	62,17±6,35#
RE	14,28±3,65	32,47±5,44#	48,99±5,92#	55,11±6,29#	59,42±6,19#	62,24±6,41#
MH	19,56±3,81	30,12±6,52#	46,61±5,46#	54,18±6,69#	58,17±6,52#	61,91±6,59#
Средний балл	16,50±3,12	34,46±6,04#	46,04±6,33#	53,17±7,14#	56,20±7,09#	58,56±7,18#
Средний прирост <sup>§</sup>	-	17,96±3,04	29,54±3,07	36,67±3,86*	39,72±3,94*	42,06±3,79*
ГС (n=29)						
	До лечения	Выписка	Через 6 мес.	Через 1 год	Через 2 года	Через 3 года
PF	15,26±5,44	33,24±5,72#	40,91±8,69#	43,22±7,27#	45,32±7,19#	48,21±7,15#
RP	15,03±5,10	33,89±5,36#	41,12±7,94#	44,41±7,12#	47,11±7,10#	49,81±7,16#
BP	16,39±3,07	26,78±5,99#	41,63±7,78#	46,21±7,14#	49,41±6,98#	52,22±7,04#
GH	15,97±3,09	30,87±6,58#	41,38±7,74#	46,27±7,10#	49,21±7,09#	52,24±7,11#
VT	23,41±4,88	36,29±6,44#	40,21±6,94#	43,21±7,16#	45,32±7,21#	48,81±7,21#
SF	12,28±4,04	20,09±5,94#	41,21±6,96#	45,24±7,11#	47,46±7,08#	50,04±7,09#
RE	13,98±3,31	30,86±5,69#	39,21±6,06#	43,27±7,14#	45,67±7,04#	49,14±7,17#
MH	19,39±3,92	30,03±6,68#	37,41±6,61#	42,23±7,17#	45,03±7,03#	48,29±7,08#
Средний балл	16,46±4,97	30,26±6,12#	40,39±7,14#	44,26±7,19#	46,82±7,09#	49,85±7,08#
Средний прирост <sup>§</sup>	-	13,79±1,16	23,92±2,15	27,79±2,18	30,35±2,11	33,38±2,09

*Примечание:* PF – физическое функционирование, RP – ролевое физическое функционирование, BP – соматическая боль, GH – общее состояние здоровья, VT – жизнеспособность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое эмоциональное функционирование, MH – психическое здоровье. \* - разница статистически значима относительно идентичного показателя параллельной группы на уровне  $P \leq 0,05$ . § - относительно исходного уровня. # - разница статистически значима относительно показателя до лечения своей группы на уровне  $P \leq 0,05$ .

Нами констатировано отсутствие статистически значимой разницы с исходным уровнем по всем шкалам опросника SF-36 показателей обеих групп с момента выписки и до окончания динамического наблюдения.

Также следует отметить отсутствие статистически значимой разницы при проведении межгруппового сравнения по всем показателям опросника на всех сроках динамического наблюдения.

На основании полученных результатов изучения КЖ мы можем сделать вывод о субъективной схожести для эмоционального и физического компонентов жизнедеятельности пациентов обеих методик хирургических вмешательств, т.е. при адекватно и грамотно выполненном хирургическом вмешательстве его способ практически не имеет значения для пациентов в долгосрочной перспективе.

При сравнительном межгрупповом анализе приросте среднего балла относительно исходного уровня по опроснику SF-36 нами констатирована статистическая значимость ( $p=0.049336$ ) в разнице в пользу ОГ через 1 год после проведения хирургической коррекции. Идентичная картина констатирована и спустя 2 года после хирургической коррекции ( $p=0.039937$ ) и через 3 года после операции ( $p=0.049075$ ).

Однако нами прослежена четкая стойкая тенденция – ОГ в динамике имеет более высокие показатели КЖ по каждой шкале опросника SF-36, т.е. большую субъективную клиническую, социальную и ментальную функциональность пациентов, которым проведена хирургическая коррекция патологии с применением разработанного нами способа наложения фарингоколоанастомоза при шунтирующей пластике пищевода.

На основании полученных результатов изучения КЖ мы можем сделать вывод о некоторой субъективной схожести для пациентов обеих тактик ведения, однако по динамике баллов общего состояния и дисфагии по ЦРШ, тревоги и депрессии HADS, ситуативной и личностной тревожностям STAI мы склонны к выводу о необходимости опираться при выборе методики наложения фарингоколоанастомоза при шунтирующей пластике пищевода разработанного нами способа, опираясь по большей части на экономическую эффективность, при равных физических компетенциях пациента, большую при применении разработанного нами способа наложения фарингоколоанастомоза. Это позволит снизить физические, психологические и социальные последствия СПРСГПиЖ, ускорить восстановление физического и психического здоровья пациента и его социализацию.

**Заключение.** Формирование глоточного анастомоза априори технически сложнее в испол-

нении по сравнению с пищеводным анастомозом. В большинстве своем это связано с анатомическими особенностями в этой области, а также степенью выраженности рубцовых изменений в глотке. Большинство хирургов занимающихся хирургией пищевода и, в частности, пастоужоговыми рубцовыми стриктурами, при формировании глоточного соустья используют ту же технику, что и при пищеводном анастомозе. Публикуемые результаты, имеющиеся в доступной литературе конечно же, имеют тенденцию к улучшению, но остаются далеки от совершенства. Предлагаемый вариант глоточного анастомоза не является панацеей от таких осложнений как несостоятельность швов анастомоза и развитие рубцовой стриктуры в отдаленном периоде, но позволил их существенно сократить.

При сравнительном межгрупповом анализе результатов хирургической коррекции СПРСГПиЖ по ЦРШ нами сделан вывод о большей субъективной результативности разработанного нами способа наложения фарингоколоанастомоза при шунтирующей пластике пищевода относительно стандартно применяемого метода операций.

По шкале депрессии HADS в ОГ нормализовалось состояние пациентов через 6 месяцев, а в ГС только через 2 года, причем при межгрупповом сравнении статистически значимая разница констатирована через 1 год динамического наблюдения, что позволяет сделать вывод о большей субъективной психологической эффективности применения разработанного нами способа наложения фарингоколоанастомоза при шунтирующей пластике пищевода в сравнении с наложением анастомоза с косопоперечным рассечением пищевода.

Мы констатировали статистически значимое снижение ситуативной тревожности по тесту STAI в ОГ уже при выписке, а в ГС – только через 6 месяцев после проведенной хирургической коррекции. При этом реактивная тревожность по тесту STAI имела статистически значимые изменения в сравнении с исходным уровнем уже при выписке в обеих группах, но статистическая значимость межгрупповой разницы по этой шкале не была достигнута на протяжении всего периода динамического наблюдения.

При сравнительном межгрупповом анализе приросте среднего балла относительно исходного уровня по опроснику SF-36 нами констатирована статистическая значимость ( $p=0.049336$ ) в разнице в пользу ОГ через 1 год после проведения хирургической коррекции. Идентичная картина констатирована и спустя 2 года после хирургической коррекции ( $p=0.039937$ ) и через 3 года после операции ( $p=0.049075$ ).

Однако нами прослежена четкая стойкая тенденция – ОГ в динамике имеет более высокие показатели КЖ по каждой шкале опросника SF-36, т.е. большую субъективную клиническую, социальную и ментальную функциональность пациентов, которым проведена хирургическая коррекция патологии с применением разработанного нами способа наложения фарингоколоанастомоза при шунтирующей пластике пищевода.

На основании полученных результатов изучения КЖ мы можем сделать вывод о некоторой субъективной схожести для пациентов обеих тактик ведения, однако по динамике баллов общего состояния и дисфагии по ЦРШ, тревоги и депрессии HADS, ситуативной и личностной тревожностям STAI мы склонны к выводу о необходимости опираться при выборе методики наложения фарингоколоанастомоза при шунтирующей пластике пищевода разработанного нами способа, опираясь по большей части на экономическую эффективность, при равных физических компетенциях пациента, большую при применении разработанного нами способа наложения фарингоколоанастомоза, что позволит снизить физические, психологические и социальные последствия СПРСГПиЖ, ускорить восстановление физического и психического здоровья пациента и его социализацию.

**Вывод:** внедренный в клиническую практику «Способ формирования фарингоколоанастомоза при шунтирующей колопластике» улучшил эффективность хирургической коррекции состояния больных с СПРСГПиЖ и снизил частоту рецидивов дисфагии наряду с повышением КЖ пациентов и их социализацию.

#### Литература:

1. Винярская И.В. и др. Методы определения и показатели качества жизни детей подросткового возраста // Пособие для врачей. – М., 2025. –30 с
2. Жолдасбекова А.С., Калматаева Ж.А. Современные подходы к изучению качества жизни в медицине и кардиологии (литературный обзор). // Вестник Казахского Национального медицинского университета – Алматы, 2016, – №3. – С. 246-251
3. Измеров Н.Ф., Оганов Р.Г., Зверев В.В., Ушаков И.Б. Обзор современных концепций качества жизни с позиций профилактической медицины // Мед. академический журн. - СПб, 2025. - №3. - С. 3-12
4. Кожевников М.А., Скворцов М.Б., Белобородов В.А. Оценка качества жизни больных после

реконструктивных операций при рубцовых сужениях пищевода. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020 - №4 – с.18-23

5. Bisquera OC Jr, Perez AR, Espiritu NT, Guillermo MKB, Perez MEC. Long term outcome of a subcutaneous colonic interposition after pharyngolaryngectomy for strictures of the larynx and hypopharynx resulting from caustic ingestion: A case report. // Int J Surg Case Rep. 2022 - №95 – p.1721-1725;

6. Dosenovic S., Nikolic Z., Ivancev B. et al. Awareness and acceptability of initiative on methods, measurement, and pain assessment in clinical trials care outcome set for chronic pain among surveyed neuropathic pain authors // J. Comp. Eff. Res. - 2019. -Vol. 8. - №9. -P. 671-683;

7. Kim HJ., Jung S.O. Comparative evaluations of single-item pain-intensity measures in cancer patients: Numeric rating scale vs. verbal rating scale // J. Clin. Nurs. - 2020. - Vol. 29. -№15-16. - P. 2945-2952

8. Sasaki K, Tsuruda Y, Shimonosono M, Noda M. et al. Comparison of the subtotal and narrow gastric conduit for cervical esophagostomy after esophagectomy in esophageal cancer patients: a propensity score-matched analysis. // Esophagus. 2024 - №21(1) – p.41-50

9. Vermeulen B.D., de Zwart M., Sijben J., Soons E. et al. Risk factors and clinical outcomes of endoscopic dilation in benign esophageal strictures: a long-term follow-up study // Gastrointest Endosc. - 2020. - Vol.91. - №5. - p.1058-1066

#### **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Бабажанов А.С.,  
Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О.,  
Мадрахимов Ш.Н., Авалбаев Ж.М., Худойшукуров С.А.*

**Резюме.** В статье проведен анализ качества жизни 68 больных перенесших фарингоколопластику по поводу сочетанных постожоговых рубцовых стриктур глотки, пищевода и желудка (СПРСГПиЖ). Авторами проводился статистический сравнительный анализ результатов оценки субъективной оценки собственного состояния и клинических симптомов пациентами с СПРСГПиЖ по ЦРШ госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), теста Спилберга STAI и опросника SF-36 в динамике исследования.

**Ключевые слова:** Фарингоколопластика, сочетанные постожоговые рубцовые стриктуры пищевода, оценка качества жизни.