

ХИРУРГИЯ

УДК 616.329–006.6–089–089.168.1–092.11/.12 (045)

Оригинальная статья

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДО И ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

А. С. Толстокоров — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой хирургии и онкологии, профессор, доктор медицинских наук; **Э. Н. Рамазанов** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры хирургии и онкологии, кандидат медицинских наук; **С. А. Дергунова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры хирургии и онкологии, кандидат медицинских наук.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE BEFORE AND AFTER VARIOUS METHODS OF INVASIVE TREATMENT OF ESOPHAGEAL CANCER

A. S. Tolstokorov — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Surgery and Oncology, Professor, Doctor of Medical Sciences; **E. N. Ramazanov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Surgery and Oncology, Assistant Professor, Candidate of Medical Sciences; **S. A. Dergunova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Surgery and Oncology, Assistant Professor, Candidate of Medical Sciences.

Дата поступления — 17.07.2018 г.

Дата принятия в печать — 16.08.2018 г.

Толстокоров А. С., Рамазанов Э. Н., Дергунова С. А. Сравнительный анализ качества жизни до и после различных вариантов инвазивного лечения рака пищевода. Саратовский научно-медицинский журнал 2018; 14 (3): 408–411.

Цель: оценка качества жизни до и после одномоментных и многоэтапных операций, паллиативных вмешательств, выполняемых при злокачественных новообразованиях пищевода. **Материал и методы.** Изучали качество жизни 565 больных раком пищевода на различных этапах хирургического лечения, применяя опросники для оценки качества жизни GIQLI, GSRS, анкеты MOS SF-36. **Результаты.** При выполнении многоэтапных операций до окончания лечения качество жизни меняется незначительно и сопоставимо с качеством жизни после паллиативных операций. Исследование качества жизни после окончания лечения при использовании эндоскопических малоинвазивных технологий, судя по данным трех указанных опросников, убедительно показало преимущество этой категории оперативных вмешательств за счет меньшей травматичности, лучшего косметического эффекта, быстрой активизации и реабилитации в послеоперационном периоде. **Заключение.** Учитывая результаты проведенных исследований, предпочтение следует отдавать одномоментным операциям с использованием малоинвазивных эндоскопических методик, которые в короткий срок позволяют избавить больного от онкологического заболевания и значительно улучшить качество жизни.

Ключевые слова: качество жизни, рак пищевода, хирургическое лечение.

Tolstokorov AS, Ramazanov EN, Dergunova SA. Comparative analysis of the quality of life before and after various methods of invasive treatment of esophageal cancer. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2018; 14 (3): 408–411.

The aim of the work is to assess the quality of life before and after multistage and one-stage operations, palliative interventions performed with malignant neoplasms of the esophagus. **Material and Methods.** The quality of life was evaluated in 565 patients with esophageal cancer at various stages of surgical treatment by means of questionnaires for assessing the quality of life of GIQLI, GSRS, MOS SF-36 questionnaire. **Results.** When performing multi-stage operations before the end of treatment, the quality of life changes insignificantly, and is comparable with the quality of life after palliative operations. The study of the quality of life after the end of treatment with the use of endoscopic minimally invasive technologies in these questionnaires convincingly showed the advantage of this category of surgical interventions due to less trauma, better cosmetic effect, quick activation and rehabilitation in the postoperative period. **Conclusion.** Taking into account the results of the research, preference is given to one-stage operations with the use of minimally invasive endoscopic techniques, which in a short time can save the patient from cancer and significantly improve the quality of life.

Key words: quality of life, esophageal cancer, surgery.

Введение. Хирургическое лечение больных раком пищевода является сложной задачей, ближай-

шие и отдаленные перспективы решения которой можно считать неутешительными [1]. В значительном количестве случаев рак пищевода диагностируется в 3-й или 4-й стадии заболевания, когда предполагается комплексное лечение, выполнение обширных резекций с большей вероятностью развития после-

Ответственный автор — Дергунова Светлана Александровна
Тел.: +7 (987) 3623373
E-mail: svetlana1174@mail.ru

операционных осложнений и летальности, снижения качества жизни, а также осуществление паллиативных операций, которые, облегчая состояние больного, не приводят к излечению [2]. В некоторых случаях выполнение одномоментных хирургических вмешательств невозможно по функциональным причинам, вследствие чего приходится обращаться к многоэтапным хирургическим вмешательствам.

Цель: исследование качества жизни до и после одномоментных и многоэтапных хирургических вмешательств, паллиативных операций, выполняемых при раке пищевода, сравнительный анализ и оценка качества жизни между этапами хирургического лечения в случае осуществления многоэтапных операций.

Материал и методы. Работа выполнена на базе отделения торакальной хирургии Областной клинической больницы Саратова и на кафедре хирургии и онкологии Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского Минздрава России. Работа велась с 2004 по 2017 г. За указанный промежуток времени инвазивному лечению подверглись 565 больных раком пищевода, состояние которых исследовалось на основе методик оценки качества жизни. Анкетирование проводилось за несколько дней до начала лечения и на 7-е сутки после операции с целью нивелировать влияние раннего послеоперационного периода на результаты тестирования. В последующем сроки наблюдения составили от 1 года до 10 лет. Пациенты, которым не проводилось инвазивное лечение, были исключены из исследования. Всем больным выполнено стандартное обследование, направленное на уточнение локализации и распространенности опухоли, ее морфологическую верификацию, оценку функционального и нутритивного статуса. В данной работе не рассматривается определение тактики лечения в зависимости от распространенности опухолевого процесса и исходного уровня функционального и нутритивного резерва. Особенности же течения послеоперационного периода, характер и тяжесть послеоперационных осложнений оценивались как факторы, влияющие на качество жизни, и получили закономерное отражение в результатах анкетирования.

Основным в лечении был хирургический этап. При этом он должен был не только избавить пациента от злокачественной опухоли, но и улучшить физическую и ролевую активность, эмоциональный и психический статус, социальное и личностное функционирование. Оценка этих граней эффективности лечения осуществлялась с использованием опросников SF-36 (Short Form Health Status Survey), GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), рекомендованных Международным центром исследования качества жизни, а также с помощью модифицированного опросника для оценки гастроинтестинального индекса качества жизни GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) [3–5]. Общее количество баллов зависело не только от функционального состояния искусственного пищевода, но и от общесоматического состояния больного, восприятия эффективности проведенного лечения, эмоционального функционирования, связанного со сроками дооперационного обследования и нахождения в стационаре, восстановлением трудоспособности и возвратом к полноценной профессиональной деятельности. Анкета SF-36 несколько сложна для анализа вследствие наличия пунктов с обратным отсчетом значений и не является специфичной для заболеваний желудочно-кишечного тракта [5]. Анализ проведен для общей

оценки качества жизни без учета симптомов заболевания пищевода. Опросники GSRS и GIQLI более специфичны и содержат блоки вопросов, позволяющих оценить степень дисфункции ЖКТ [6–8].

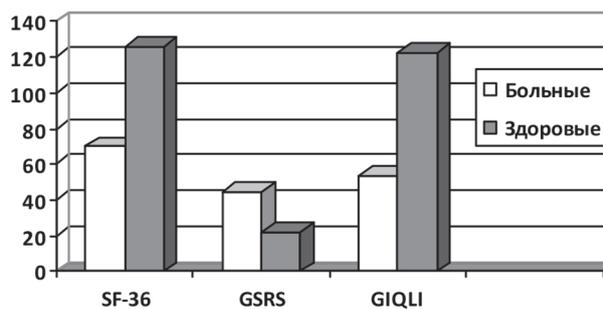
Паллиативных вмешательств выполнено 312, радикальных 253. Из числа радикально оперированных больных пятидесяти выполнен первый этап хирургического вмешательства, заключающийся в удалении опухоли (операция Торека), причем у десяти из них грудной этап операции выполнен видеоторакоскопически. Запланированный второй этап хирургического лечения выполнен лишь у 22 больных. Таким образом, меньше чем у половины больных хирургическое лечение удалось завершить. Между этапами хирургического лечения (до реконструктивного этапа) также проведена оценка качества жизни по всем трем опросникам.

Одномоментных радикальных хирургических вмешательств выполнено 203. Пластическим материалом во всех случаях явился желудок (единичные случаи пластики левой половиной ободочной кишки были исключены из исследования). Из них 15 операций выполнены с использованием эндоскопической технологии (грудной этап операции выполнен видеоторакоскопически, гибридная операция). Эта группа больных, а также больные, которым операция Торека выполнена эндоскопически, выделены отдельно для сравнения качества жизни с общей группой.

Из числа паллиативных операций было 240 гастростомий. 72 больным выполнено эндоскопическое стентирование пищевода. Им также проведена оценка качества жизни после инвазивного лечения. Данные, полученные по анкете SF-36, обработаны по инструкции, рекомендованной компанией «Эвиденс. Клинико-фармакологические исследования» [9]. Статистический анализ осуществлен посредством таблиц Microsoft Excel 2011, статистических программ SPSS Statistics 17.0. Произведен расчет математического ожидания и среднеквадратических отклонений во всех выборках. В группах, где распределение приближалось к нормальному, использован критерий t Стьюдента для независимых выборок, в остальных случаях использован непараметрический U -критерий Манна-Уитни. Критерием статистической значимости считали $p \leq 0,05$.

Результаты. Все больные с раком пищевода до начала лечения заполняли анкеты трех указанных опросников. Группу сравнения составили здоровые люди (персонал, родственники больных), которые добровольно заполнили анкеты (рисунок).

При анализе данных видна закономерная картина снижения качества жизни как по опроснику SF-36, так и по специализированным анкетам GIQLI и GSRS. Различия статистически достоверны ($p < 0,05$).



Результаты оценки качества жизни по анкетам SF-36, GSRS, GIQLI до начала лечения

Анкета GSRS имеет обратный отсчет: чем меньше количество баллов, тем лучше качество жизни. При сравнении качества жизни больных, подвергшихся паллиативным вмешательствам в виде гастростомии или стентирования пищевода, до начала лечения с общей группой больных оказалось, что индексы по всем трем анкетам указывают на более низкое качество жизни, что связано с более продвинутой стадией заболевания, низким функциональным и нутритивным резервом, наличием сопутствующих заболеваний, вследствие чего радикальное вмешательство оказалось невозможным. После обоих видов паллиативного вмешательства качество жизни достоверно улучшилось преимущественно за счет шкалы клинических симптомов и шкалы влияния проведенного лечения, причем показатели шкал эмоционального состояния и социального функционирования остались прежними (GIQLI). Стентирование пищевода демонстрировало лучшие показатели улучшения качества жизни по сравнению с гастростомией, однако различия статистически недостоверны ($p < 0,01$) (табл. 1).

Особое внимание уделили данным качества жизни после первого этапа хирургического лечения у категории больных, которым одномоментная операция признана невозможной по функциональным

или иным критериям. Анализ полученных данных показал, что прирост качества жизни у этих пациентов сравним с приростом качества жизни после паллиативных вмешательств (гастростомии и стентирования) (табл. 2).

Разумеется, имеется одно принципиальное отличие — удалена основная опухоль. Этот факт все же незначительно повлиял на данные шкал функционального и эмоционального состояния и социальной активности (возможно, сыграло роль наличие эзофагостомы и гастростомы).

Реконструктивный этап удалось выполнить не всем больным вследствие функциональных противопоказаний, прогресса опухолевого процесса, отказа от операции. Исследование качества жизни после заключительного этапа хирургического лечения выявило значимый прирост показателей как по опроснику общесоматического здоровья (SF-36), так и по специализированным анкетам (GSRS, GIQLI), причем показатели возросли практически по всем шкалам, но преимущественно увеличились показатели физического и психического состояния, социального функционирования. Различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 1

Сравнительный анализ качества жизни до и после паллиативных вмешательств при раке пищевода (баллы)

Методы лечения		Вид анкеты		
		SF-36	GSRS	GIQLI
Гастростомия (240 больных)	до операции	63,6±5,1	55,3±5,2	44,6±6,5
	после операции (1 месяц)	72,0±7,4	45,2±7,0	56,4±8,0
Стентирование пищевода (72 больных)	до вмешательства	63,8±5,6	56,8±9,2	46,8±8,1
	после вмешательства (1 месяц)	76,2±11,1	42,9±9,6	63,7±9,7

Таблица 2

Оценка качества жизни при многоэтапных операциях по поводу рака пищевода (баллы)

Вид операции		Вид анкеты		
		SF-36	GSRS	GIQLI
Операция Торека (40 больных)	до операции	74,6±10,2	50,3±7,1	51,7±7,7
	после операции	88,1±12,3	40,7±9,3	65,0±5,9
Торакоскопическая резекция пищевода без пластики (10 больных)	до операции	74,7±11,4	52,5±9,1	51,8±9,8
	после операции	92,1±17,1	38,9±7,6	72,0±11,1
Реконструктивная операция (22 больных)	до операции	90,9±13,9	39,0±5,1	69,6±11,8
	после операции	104,4±15,7	30,3±6,8	94,7±9,4

Таблица 3

Сравнительный анализ качества жизни после одномоментных радикальных операций по поводу рака пищевода, выполненных с помощью «открытой» и гибридной технологий (баллы)

Вид операции		Вид анкеты		
		SF-36	GSRS	GIQLI
«Открытая» операция (188 больных)	до операции	80,6±11,9	40,3±6,7	61,7±10,8
	после операции	110,7±17,2	28,8±6,0	106,0±15,3
Гибридная операция (15 больных)	до операции	80,4±13,0	40,9±5,9	62,4±13,0
	после операции	114,9±17,9	26,0±3,8	118,7±19,1

Основная группа исследуемых пациентов подверглась одномоментной операции в виде удаления основной опухоли и пластики пищевода (табл. 3).

Определено увеличение показателей по всем блокам вопросов. Более значимое улучшение качества жизни наблюдалось в специализированных опросниках. Это связано с наличием блока болезненно-специфических вопросов. Одномоментные операции улучшают качество жизни пациентов во всех сферах жизни человека, включая функциональное и эмоциональное состояние, социальную активность, возврат к профессиональной деятельности. При сравнении результатов открытых и гибридных операций получены лучшие показатели после эндоскопических вмешательств, что связано с меньшей травматичностью операции, лучшим косметическим эффектом, быстрой активизацией и реабилитацией в послеоперационном периоде, а также положительным психоэмоциональным эффектом больных от использования современных высокотехнологичных методик. Качество жизни после окончания лечения с использованием эндоскопических технологий сопоставимо с таковым у здоровых людей.

Проведен также сравнительный анализ качества жизни после окончания многоэтапных операций и одномоментных вмешательств. Лучшие результаты получены после одномоментных операций как в общесоматическом опроснике, так и в специализированных анкетах вследствие малых сроков лечения, отсутствия длительно существующих эзофагостомы и гастростомы, раннего восстановления полноценного перорального питания. Различия статистически достоверны.

Обсуждение. Использование эндоскопических малоинвазивных технологий в такой сложной и тяжелой области медицины, как хирургия рака пищевода, позволяет надеяться на удовлетворительные результаты лечения за счет значительного числа преимуществ данных методик. Исследование качества жизни после окончания лечения по опросникам общесоматического здоровья, специализированным анкетам качества жизни больных гастроэнтерологического профиля, включающим блоки вопросов по различным аспектам жизни человека, убедительно показало преимущество этой категории оперативных вмешательств. При выполнении многоэтапных операций до окончания лечения качество жизни меняется незначительно и сопоставимо с качеством жизни после паллиативных операций. Длительность лечения при многоэтапных операциях ухудшает прогноз по дальнейшему улучшению качества жизни к моменту окончания лечения. Следует также учитывать, что за этот период у больного возможен прогресс заболевания, который не позволяет завершить инвазивное лечение. Показания к такому многоэтапному лечению в настоящее время резко ограничены.

Заключение. При лечении больных раком пищевода предпочтение следует отдавать одномоментным операциям с использованием малоинвазивных эндоскопических методик, которые в короткий срок позволяют избавить больного от онкологического заболевания и значительно улучшить качество жизни.

Конфликт интересов не заявляется.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования — Э.Н. Рамазанов, С. А. Дергунова; получение и обработка данных — Э.Н. Рамазанов; анализ и интерпретация результатов — А.С. Толстокоров, Э.Н. Рамазанов, С. А. Дергунова; написание статьи — Э.Н. Рамазанов; утверждение рукописи для публикации — А.С. Толстокоров.

References (Литература)

1. Scarpa M. Quality of life after surgery of the alimentary tract. *World J Gastroenterol* 2010; 40 (16): 5020–3.
2. Caprin AD, ed. Location of neoplasm in Russia in 2015 (morbidity and intelligence). Moscow: Meditsina, 2017; 250 p. Russian (Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна. М.: Медицина, 2017; 250 с.).
3. Curbatova KA, Ionova TI. Obscene evaluation Application has run in the quality of life research in medicine. *The Bulletin of Multinational Center for Quality of Life Research* 2016; (27-28): 61–70. Russian (Курбатова К.А., Ионова Т.И. Применение обобщенных оценочных уравнений в исследованиях качества жизни в медицине. Вестник Межнационального центра исследования качества жизни 2016; (27-28): 61–70).
4. Sudovyykh IE, Drobyazgin EA, Chikinev YuV. Quality of life of patients after esophagoplasty based on the assessment of intestinal index. *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova* 2016; 175 (4): 15–8. Russian (Судовых И.Е., Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В. Уровень качества жизни пациентов после эзофагопластики на основании оценки гастроинтестинального индекса. Вестник хирургии имени И.И. Грекова 2016; 175 (4): 15–8).
5. Zinkovskaya AV, Ionova TI. Actual statistics in the problem of quality of life research. *The Bulletin of Multinational Center for Quality of Life Research* 2017; (29-30): 83–9. Russian (Зинковская А.В., Ионова Т.И. Актуальные статистические задачи в исследовании качества жизни. Вестник Межнационального центра исследования качества жизни 2017; (29-30): 83–9).
6. Ionova TI. New directions of research of quality of life in health care of the furnace. *The Bulletin of National Medical Surgical Center* 2017; 12 (3): 9. Russian (Ионова Т.И. Новые направления исследования качества жизни в отечественном здравоохранении. Вестник Национального медико-хирургического центра 2017; 12 (3): 9).
7. Ionova TI, Nikitina TP, Novik AA, et al. Practical recommendations for assessing the quality of life in cancer patients. *Malignant Tumors* 2016; 4 (2): 502–5. Russian (Ионова Т.И., Никитина Т.П., Новик А.А. и др. Практические рекомендации по оценке качества жизни у онкологических больных. Злокачественные опухоли 2016; 4 (2): 502–5).
8. Novik AA, Ionova TI. Guidelines for the study of quality of life in medicine. *Shevchenko YuL, ed. Moscow: Meditsina*, 2012; 528 p. Russian (Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: Медицина, 2012; 528 с.).
9. Instructions for processing data using the questionnaire SF-36. URL: <http://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf>.