

Качество жизни больных раком прямой кишки после хирургического лечения

А.А. Медведников^{1,2}, А.В. Шелехов¹⁻³, В.В. Дворниченко¹⁻³, С.М. Пленкин¹, С.И. Радостев¹

¹ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»; Россия, 664035 Иркутск, ул. Фрунзе, 32;

²ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Россия, 664022 Иркутск, ул. 3-го июля, 8;

³Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России;

Россия, 664000 Иркутск, мкр. Юбилейный, 100

Контакты: Андрей Александрович Медведников bidgo@inbox.ru

Цель исследования — проанализировать функциональные результаты хирургического лечения пациентов с дистальным раком прямой кишки, а также их качество жизни в различные сроки после операции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» г. Иркутска, которым за период с 1999 по 2012 г. были выполнены брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал и низкая внутрибрюшная резекция прямой кишки с наложением аппаратного колоанального анастомоза. Исследовали 2 группы пациентов: основную (низкая внутрибрюшная резекция прямой кишки) и контрольную (брюшно-анальная резекция прямой кишки). Сравнивали не только онкологические показатели (5-летняя выживаемость), но и качество жизни пациентов (оценка по шкалам Wexner, FIQL).

Результаты. По прошествии года 17 (25 %) пациентов контрольной группы констатировали неудовлетворительную функцию замыкательного аппарата (11–20 баллов по шкале Wexner). Также в контрольной группе после 1-го года отмечены явления инконтиненции разной степени тяжести у 63 (95 %) больных. В основной группе у 40 (45 %) пациентов из 88 переживших 1 год по данным анкетирования не выявлено значимых нарушений функции замыкательного аппарата. У остальных пациентов имелись явления недержания твердого кала или неспособность удерживать каловые массы в течение длительного времени (<10 баллов по шкале Wexner).

Выводы. Функциональные результаты и качество жизни пациентов после низких резекций прямой кишки значительно выше, чем после брюшно-анальных резекций прямой кишки.

Ключевые слова: рак прямой кишки, брюшно-анальная резекция прямой кишки, низкая передняя резекция прямой кишки, синдром низкой передней резекции прямой кишки, качество жизни

Для цитирования: Медведников А.А., Шелехов А.В., Дворниченко В.В. и др. Качество жизни больных раком прямой кишки после хирургического лечения. Тазовая хирургия и онкология 2019;9(4):37–42.

DOI: 10.17650/2686-9594-2019-9-4-37-42

Quality of life of patients with rectal cancer after surgical treatment

A.A. Medvednikov^{1,2}, A.V. Shelekhov¹⁻³, V.V. Dvornichenko¹⁻³, S.M. Plenkin¹, S.I. Radostev¹

¹Regional Oncology Dispensary; 32 Frunze St., Irkutsk 664035, Russia;

²Irkutsk State Medical University, Ministry of Health of Russia; 8^{3rd} of July St., Irkutsk 664022, Russia;

³Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, a branch of the Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Russia; 100 Yubileyniy District, Irkutsk 664000, Russia

Objective: to analyze functional surgical outcomes in patients with distal rectal cancer and their quality of life at different time-points post-operatively.

Materials and methods. This retrospective study included all patients with rectal cancer that underwent either abdominoanal resection of the rectum (with their sigmoid colon brought down into the anal canal) or low intraabdominal resection of the rectum with the formation of a mechanical coloanal anastomosis in Irkutsk Regional Oncology Dispensary between 1999 and 2012. Study participants were divided into two groups: the experimental group included patients who had low intraabdominal resection of the rectum, whereas the control group consisted of patients who had abdominoanal resection of the rectum. We evaluated 5-year survival and patients' quality of life (using the Wexner and FIQL scales).

Results. One year postoperatively, 17 patients (25 %) from the control group had unsatisfactory sphincter function (Wexner score 11–20). Sixty-three patients from the control group (95 %) reported fecal incontinence of varying severity. In the experimental group, 40 patients out of 88 (45 %) that survived during the first year had normal sphincter function. The remaining patients had solid stool incontinence or inability to retain feces for a long time (Wexner score <10).

Conclusions. *Low resections of the rectum ensured better functional outcomes and patients' quality of life than abdominoanal resections of the rectum did.*

Key words: *rectal cancer, abdominoanal rectal resection, lower anterior rectal resection, low anterior resection syndrome, quality of life*

For citation: *Medvednikov A.A., Shelekhov A.V., Dvornichenko V.V. et al. Quality of life of patients with rectal cancer after surgical treatment. Tazovaya Khirurgiya i Onkologiya = Pelvic Surgery and Oncology 2019;9(4):37–41.*

Введение

История хирургии рака прямой кишки представляет собой непрерывную эволюцию хирургических пособий и технологий на протяжении многих лет, целью которой является улучшение не только онкологических результатов, но и качества жизни пациента [1].

В настоящее время все большее внимание уделяется выполнению сфинктеросохраняющих операций, позволяющих сохранить пациенту непрерывность толстой кишки, улучшая при этом качество жизни и возвращая пациента в прежнюю социальную среду. Широкое распространение получил термин «синдром низкой передней резекции прямой кишки» после сфинктеросохраняющих операций на прямой кишке. Данный синдром проявляется частыми императивными позывами к дефекации, многомоментным опорожнением и чувством неполной эвакуации, а также недержанием кала различной степени тяжести. По данным ряда авторов, данный симптомокомплекс встречается в 19–52 % случаев [2–4].

Понятие «качество жизни» сегодня прочно вошло в медицинскую терминологию и все чаще используется как в научных исследованиях, так и в клинической практике. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения качество жизни определяется как «индивидуальное соотношение положения индивидуума в жизни общества (с учетом культуры и системы ценностей этого общества) с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства» [5].

Синдром низкой передней резекции является достаточно серьезной проблемой, с которой сталкиваются хирурги и онкологи, со множеством взаимосвязанных причин, основная из которых – удаление прямой кишки. Сфинктеросохраняющие операции в хирургии рака прямой кишки позволяют сохранить нормальный пассаж по толстой кишке и избежать формирования постоянной колостомы на передней брюшной стенке. Однако это не гарантирует адекватного качества жизни в последующем в связи с возможностью развития нарушений работы кишечника и запирающего аппарата прямой кишки, обусловленных проведенным лечением. Поэтому поиск оптимального метода лечения рака прямой кишки, а также различных способов коррекции функциональных послеоперационных нарушений является приоритетным в данное время.

Материалы и методы

За период с 1999 по 2012 г. в клиническое исследование включены 174 пациента с морфологически подтвержденными злокачественными новообразованиями прямой кишки (аденокарцинома разной степени дифференцировки), локализованными в средне- и нижеампулярном отделах.

Все пациенты были разделены на 2 группы: основную группу (ОГ) и контрольную группу (КГ). Исследуемые группы формировали после проведенного хирургического лечения. При выборе пациентов для исследования мы руководствовались следующими факторами:

- наличие морфологически подтвержденной злокачественной опухоли прямой кишки с локализацией в нижеампулярном и среднеампулярном отделе прямой кишки (расположение нижнего полюса опухоли на расстоянии не ниже 4 см от анального канала);
- полное удаление мезоректальной клетчатки с лимфаденэктомией (параректальные лимфатические узлы, узлы верхне-прямокишечных, нижебрыжеечных сосудов);
- наложение колоректального или колоанального анастомоза (применение сфинктеросохраняющих методик) без применения резервуарных технологий;
- удовлетворительная функция замыкательного (сфинктерного) аппарата до начала лечения;
- согласие пациента на участие в исследовании и собственноручное заполнение им опросников.

В ОГ ($n = 100$) были включены пациенты, которым выполнялась низкая внутрибрюшная резекция прямой кишки с формированием аппаратного колоректального анастомоза, в КГ ($n = 74$) – больные, перенесшие брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал. Пациенты обеих групп проходили комплексное обследование, включающее клинко-лабораторный, ультразвуковой, рентгенологический, эндоскопический и морфологический методы исследования.

Все пациенты в течение 1-го года после операции проходили контрольное обследование через каждые 3 мес. Во время прохождения контрольного обследования всем пациентам в обязательном порядке предлагали определить их уровень качества жизни до операции и после нее, а также степени социальной и трудовой реабилитации в послеоперационном

периоде. Для этого использовали Кливлендскую шкалу недержания (Wexner score) и шкалу качества жизни при недержании (Fecal Incontinency Quality of Life scale, FIQL).

Для оценки качества жизни пациентов и определения функциональной недостаточности замыкательного аппарата прямой кишки после перенесенного лечения в зависимости от степени нарушения их функции держания применяли опросник Fecal Incontinence Quality of Life. Пациенты обеих групп при контрольных осмотрах после восстановительной операции отвечали на 29 вопросов.

Оценка качества жизни при помощи опросника FIQL включает 4 показателя:

- 1) образ жизни;
- 2) переживание стресса/поведение;
- 3) депрессия/самооценка;
- 4) смущение.

Баллы ставятся для каждого показателя при ответе на вопросы:

- Q1 – субъективная оценка общего здоровья (1 балл – отличное, >5 баллов – плохое);
- Q2 – временная оценка, применимая к эпизодам недержания кала (1 балл – большая часть времени, >4 баллов – никогда);
- Q3 – количественная оценка влияния эпизодов недержания кала на общее состояние (1 балл – совершенно согласен, >4 баллов – совершенно не согласен);
- Q4 – чувствовал ли пациент себя в течение последнего месяца настолько печальным, отчаянным, потерявшим надежду, что задавался вопросом «стоит ли жить?» (1 балл – именно так, >6 баллов – вовсе нет).

Для оценки различий полученных параметрических значений в исследованных группах применяли двухвыборочный t-тест с разными дисперсиями. Достоверность различий непараметрических данных оценивали по критерию согласия (χ^2). За минимальный порог принимали $p = 0,05$. Расчет параметров эффективности предложенных методов лечения проводили в соответствии с требованиями CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials).

Результаты

Средний возраст пациентов ОГ составил $59 \pm 1,1$ года, пациентов КГ – $57,9 \pm 1,2$ года ($p = 0,501$). Распределение по полу в ОГ: женщины – 43 (43 %), мужчины – 57 (53 %); в КГ: женщины – 40 (54 %), мужчины – 34 (46 %) ($p = 0,151$). При анализе распределения пациентов по полу и возрасту нами не было выявлено достоверных различий.

Распределение по стадиям заболевания представлено в табл. 1.

Семьдесят (94,6 %) пациентов КГ и 90 (90 %) пациентов ОГ получили предоперационную лучевую терапию ($p = 0,272$).

Таблица 1. Распределение пациентов по стадиям заболевания, n
Table 1. Patients' distribution according to their disease stages, n

Стадия Stage	Основная группа Experimental group	Контрольная группа Control group
I	11	20
II	45	29
III	32	25
IV	12	0

Профилактические стомы закрыты у всех пациентов обеих групп в период 3–6 мес, поэтому помимо проведения лабораторных и инструментальных исследований у всех пациентов определялось состояние держания кала и газов. Как в ОГ, так и в КГ в течение 1-го года отмечена разная степень недержания.

Пятилетняя выживаемость больных раком прямой кишки составила 76 % в КГ и 69 % в ОГ ($p = 0,0001$). Более низкие показатели 5-летней выживаемости в ОГ связаны с наличием в ней большего числа пациентов с раком прямой кишки III и IV стадии (в КГ пациенты с IV стадией заболевания отсутствовали). Данное наблюдение указывает на то, что выполнение низкой передней резекции прямой кишки не ухудшает онкологическую выживаемость пациентов.

Число наблюдаемых пациентов после 1-го года составило 88 в ОГ и 66 в КГ, по прошествии 2 лет анкетирование прошли 79 и 62 пациентов соответственно. Через 5 лет в исследовании участвовало 69 пациентов ОГ и 56 пациентов КГ.

По прошествии 1-го года после оперативного лечения отмечено улучшение функции замыкательного аппарата в обеих группах. Однако 17 (25 %) пациентов КГ отметили неудовлетворительную функцию замыкательного аппарата (11–20 баллов по шкале Wexner), резко ограничивающую их социальную активность и требующую применения анальных тампонов. Также в группе КГ после 1-го года у 63 (85 %) пациентов наблюдались явления инконтиненции разной степени тяжести. В ОГ у 40 (45 %) пациентов из 88 переживших 1 год при заполнении опросников не выявлено значимых нарушений функции замыкательного аппарата, что повлияло на их социальную адаптацию. У остальных пациентов имелись явления недержания твердого кала или неспособность удерживать каловые массы в течение длительного времени (<10 баллов по шкале Wexner).

Достоверного различия между ОГ и КГ по числу пациентов без выраженного нарушения функции запирающего аппарата (<10 баллов по шкале Wexner) на 1-м году изучения не было выявлено ($p = 0,582$),

а при дальнейшем исследовании различия становятся достоверны ($p = 0,0001$).

Средние значения показателей шкал Wexner и FIQL в разные периоды наблюдения в ОГ и КГ представлены в табл. 2–4.

Обсуждение

При анализе результатов оценки по шкале FIQL по показателю «образ жизни» у пациентов ОГ отмечены меньшие нарушения качества жизни в сроки 6 и 12 мес после закрытия колостомы и начала пассажа каловых

Таблица 2. Показатели шкалы Wexner в разные сроки после операции у пациентов в группах

Table 2. Wexner scores at different time-points postoperatively in patients' groups

Группа Group	Сроки после операции Time-point		
	1 год 1 year postoperatively	2 года 2 years postoperatively	5 лет 5 years postoperatively
Основная Experimental	9,13	7,42	5,06
Контрольная Control	13,76	9,65	7,91
<i>p</i>	0,0001	0,0001	0,0001

Таблица 3. Показатели шкалы FIQL через 6 мес после операции

Table 3. FIQL scores 6 months postoperatively

Показатель шкалы FIQL FIQL domain	Основная группа, баллы Experimental group, score	Контрольная группа, баллы Control group, score	<i>p</i>
Образ жизни Lifestyle	2,4	2,0	0,0021
Поведение Behavior	2,1	2,0	0,029
Самооценка Self perception	2,5	2,2	0,003
Смущение Embarrassment	2,7	2,5	0,0041

Таблица 4. Показатели шкалы FIQL через 12 мес после операции

Table 4. FIQL scores 12 months postoperatively

Показатель шкалы FIQL FIQL domain	Основная группа, баллы Experimental group, score	Контрольная группа, баллы Control group, score	<i>p</i>
Образ жизни Lifestyle	3,1	2,6	0,0034
Поведение Behavior	2,8	2,6	0,0013
Самооценка Self perception	3,1	2,7	0,02
Смущение Embarrassment	3,5	2,9	0,0052

масс по толстой кишке по сравнению с пациентами КГ. Лишь к 6 мес после восстановительной операции значения показателя «образ жизни» в КГ возрастают и приближаются к таковым в ОГ. Следует отметить, что после закрытия стомы постепенно происходит улучшение показателя «образ жизни» в обеих группах: от 2,4 до 3,1 балла в ОГ и от 2,0 до 2,6 балла в КГ.

Очень важным в оценке качества жизни больных после сфинктеросохраняющих операций является показатель «переживание стресса/поведение» — он характеризует поведение человека с различной степенью фекальной инконтиненции в социальной среде и его действия в борьбе со стрессом. После восстановления целостности толстой кишки пациент сталкивается с явлениями нарушения удержания кишечного содержимого, что требует тех или иных усилий для того, чтобы пережить эту ситуацию. Наибольшее количество вопросов, позволяющих оценить этот показатель, относится к привязке пациента к туалету. При оценке показателя «переживание стресса/поведение» на всех временных отрезках явных различий в результатах между обеими группами не выявлено. При анализе было отмечено увеличение показателя «переживание стресса/поведение» с 2,1 до 2,8 балла в ОГ и 2,0 до 2,6 балла в КГ ($p = 0,0013$).

Анализ внутрigrупповой динамики показателя «депрессия/самооценка» продемонстрировал ту же закономерность, что и для 2 других: более высокие значения отмечены у пациентов, которым выполнена низкая внутрибрюшная резекция прямой кишки с наложением колоректального анастомоза, нежели у пациентов после брюшно-анальной резекции с низведением, а также отмечено улучшение данного показателя с течением времени, так, в ОГ число баллов увеличилось с 2,5 до 3,1, в КГ — с 2,2 до 2,7.

При сравнении больных по шкале «стеснительность» опросника FIQL обращает на себя внимание тот факт, что средний балл в ОГ был достоверно выше, чем в КГ, в сроки 6 и 12 мес. В ОГ он увеличился с 2,7 до 3,5; в КГ — с 2,5 до 2,9.

Первые месяцы после закрытия петлевой колостомы — наиболее сложный период для пациентов обеих групп как в физическом, так и в психологическом плане. Он связан с социальной адаптацией: изменением образа жизни, сужением круга общения, что объясняется плохо контролируемой работой желудочно-кишечного тракта, самопроизвольным отхождением газов, неконтролируемой дефекацией.

Но все же качество жизни пациентов по исходу уже нескольких месяцев улучшается, что подтверждается объективными результатами — улучшением показателей по всем шкалам как в ОГ, так и в КГ. Однако следует отметить, что период адаптации протекает быстрее у пациентов после низкой внутрибрюшной резекции прямой кишки с формированием аппаратного колоректального анастомоза. На фоне улучшения функциональных результатов отмечается стабилизация психологического состояния больных, о чем свидетельствует показатель «образ жизни», в то же время во все периоды наблюдения данный показатель значимо выше в ОГ. Пациенты, которым была выполнена низкая внутрибрюшная резекция прямой кишки с формированием аппаратного колоректального анастомоза, менее подвержены депрессии и имеют более высокую самооценку. Оценка по показателю «стеснительность» показала, что пациенты ОГ чувствуют себя более уверенно, чем пациенты КГ.

Выводы

Подводя итоги, можно с уверенностью сказать, что социальная реабилитация пациентов после хирургического лечения рака прямой кишки в варианте низкой передней резекции прямой кишки происходит быстрее, чем у пациентов, перенесших брюшно-анальную резекцию, ввиду лучшей функции удержания, что подтверждается результатами оценки с использованием шкал Wexner и FIQL. Полученные данные изучения качества жизни соответствуют общемировым [6, 7].

При выполнении низкой внутрибрюшной резекции прямой кишки с формированием аппаратного колоректального анастомоза с использованием циркулярных сшивающих степлеров производится меньшая травматизация сфинктерного аппарата, чем при выполнении брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал.

При анализе ОГ и КГ не получено достоверных различий в показателях 5-летней выживаемости, однако недостаточность анального сфинктера была более выражена в КГ. Таким образом, использование низкой передней резекции прямой кишки при хирургическом лечении рака достоверно улучшает качество жизни пациента без ущерба для радикальности и безопасности лечения.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Lange M.M., Rutten H.J., van de Velde C.J. One hundred years of curative surgery for rectal cancer: 1908–2008. *Europ J Surg Oncol* 2009;35(5):456–63.
2. Hallbook O., Sjobahl R. Surgical approaches to obtain optimal bowel function. *Semin Surg Oncol* 2000;18(3):249–58.
3. Kakodkar R., Gupta S., Nundy S. Low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer: functional assessment and factors affecting outcome. *Colorectal Dis* 2006;8(8):650–6.
4. Rao G.N., Drew P.J., Lee P.W. et al. Anterior resection syndrome is secondary to sympathetic denervation. *Int J Colorectal Dis* 1996;11(5):250–8.
5. Новик А.А., Ионова Т.В. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд-е. Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с. [Novik A.A., Ionova T.V. Evaluation of the quality of life in medicine; a guideline. 2nd edn. Ed. by academician of the Russian Academy of Medical Sciences Yu.L. Shevchenko. Moscow: OLMA Media Grupp, 2007. 320 p. (In Russ.)].
6. Tou S. Functional outcomes after low anterior resection: an important consideration. *Colorectal Dis* 2017;19(5):415–6.
7. Engel J., Kerr J., Schlesinger-Raab A. et al. Quality of life in rectal cancer patients. A four-year prospective study. *Ann Surg* 2003;238(2):203–13.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.
Financing. The study was performed without external funding.

Информированное согласие. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.
Informed consent. All patients gave written informed consent to participate in the study.