

## Качество жизни женщин, оперированных по поводу рака прямой кишки

С.В. Аверьянова<sup>1</sup>, Л.М. Барденштейн<sup>2</sup>, О.М. Конопацкова<sup>3</sup>, Е.А. Дементьева<sup>3</sup>, Л.З. Вельшер<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НУЗ «Дорожная клиническая больница» ОАО «РЖД», Саратов;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России;

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

**Контакты:** Светлана Владимировна Аверьянова [svtshkvor@mail.ru](mailto:svtshkvor@mail.ru)

Качество жизни онкологических пациентов является вторым показателем эффективности лечения после продолжительности жизни. Показатели качества жизни демонстрируют, насколько полно пациенты, перенесшие радикальное лечение по поводу злокачественного новообразования, готовы к своей роли в обществе. В проведенном исследовании использована краткая форма адаптированной русскоязычной версии медицинского опросника SF-36 для оценки качества жизни 41 женщины с колоректальным раком (КРР), которым была выполнена брюшино-промежностная экстирпация (БПЭ) прямой кишки с наложением стомы (22 женщины) или передняя резекция прямой кишки (19 женщин). Качество жизни по результатам исследования было выше у пациенток без стомы на всех этапах после операции. У всех женщин, перенесших хирургическое вмешательство, в течение недели после операции показатели качества жизни снижаются, в большей степени после БПЭ прямой кишки. У больных со стомой через месяц после операции показатели ролевого функционирования, обусловленные физическим и эмоциональным состоянием, не восстанавливаются и продолжают прогрессивно снижаться. Проведенное исследование подготавливает информационную базу для разработки комплексной личностно-ориентированной программы реабилитации женщин с КРР.

**Ключевые слова:** колоректальный рак, качество жизни, опросник SF-36

### Quality of life of female patients, who underwent rectal cancer surgery

S.V. Averyanova<sup>1</sup>, L.M. Bardenstein<sup>2</sup>, O.M. Konopazkova<sup>3</sup>, E.A. Dementyeva<sup>3</sup>, L.Z. Velsher<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Road clinical hospital of Open Society of the Russian Railway, Saratov;

<sup>2</sup>A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health of Russia;

<sup>3</sup>V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Ministry of Health of Russia

Quality of life is the second most important clinical outcome criteria for cancer patients after survival. Quality of life shows the completeness of social rehabilitations of patients, who underwent radical treatment. In present study quality of life of 41 rectal cancer patients, who underwent abdominoperineal resection ( $n = 22$ ) or anterior resection ( $n = 19$ ) was assessed using SF-36 questionnaire. All patients without permanent colostomy had better postoperative quality of life. The phycho-emotional state of patients with permanent colostomy progressively decreases. The present study is important for developing an individualized rehabilitation programme for female rectal cancer patients.

**Key words:** rectal cancer, quality of life, questionnaire SF-36

Понятие «качество жизни» сегодня прочно вошло в медицинскую терминологию и все чаще используется как в научных исследованиях, так и в клинической практике [1, 2]. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 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» [3].

Медицинские аспекты качества жизни пациенток, прооперированных по поводу колоректального рака (КРР), включают в себя влияние самого заболевания (его симптомов), его лечения, последствия лечения (стома или ее отсутствие, побочное действие химиоте-

рапии), а также влияние ограничений функциональных возможностей пациента, которые вызывает такое лечение.

По сравнению с больными, страдающими раком молочной железы, проведено относительно мало исследований, в которых изучалось качество жизни больных КРР [4]. В большей части работ изучалось только влияние конкретных функциональных состояний, например функции сфинктера, на общее качество жизни [5–7]. В единичных исследованиях рассматривалось влияние возраста и пола на качество жизни [8, 9]. При этом совершенствование лечения и ранней диагностики способствуют тому, что все больше пациентов будут жить с последствиями данного заболевания.

Таким образом, оценка качества жизни больных КРР является актуальной проблемой. Особенно важно определить, какие ограничения повседневной жизни снижают ее качество у заболевших. Такого рода исследования помогут разработать адекватные реабилитационные и психокоррекционные мероприятия.

**Цель исследования:** изучить качество жизни женщин, больных КРР, в зависимости от объема оперативного вмешательства (стома или без стомы) до операции и после хирургического лечения.

### Материалы и методы

Обследована 41 женщина, больная КРР, из них: у 19 выполнена передняя резекция (группа 1), у 22 – брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) прямой кишки (группа 2). Средний возраст пациенток 1-й группы составил  $60,9 \pm 8,5$  года, 2-й группы –  $64,3 \pm 9,4$  года (различие не достоверно). Распределение по стадиям заболевания у пациенток практически не различалось: в 1-й группе стадия IB имела у 1 женщины, IIA – у 12, IIIA – у 4, IIIB – у 1, IV стадия – у 1 пациентки; во 2-й группе IIA стадия установлена у 13, IIIA – у 5, IIIB – у 2 и IV стадия – у 2 женщин. Среди больных с предстоящей БПЭ прямой кишки предоперационное лечение получили 7 человек, из них: 5 – лучевую терапию (ЛТ), 1 – химиолучевую терапию, 1 – неoadьювантную полихимиотерапию (НПХТ). Среди пациенток с предстоящей сфинктеросохраняющей операцией предоперационное лечение прошли 3 женщины (все – НПХТ), ни одна из них не получала ЛТ.

Диагностику психических и поведенческих расстройств осуществляли в соответствии с критериями МКБ-10 (5-й класс болезней) (ВОЗ, 1994) [10]. Для оценки качества жизни применялась адаптированная русскоязычная версия краткой формы Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), разработанной J.E. Ware et al. [1, 11]. Данный опросник состоит из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование; ролевая деятельность, обусловленная физическим состоянием; телесная боль; общее здоровье; жизнеспособность; социальное функционирование; ролевая деятельность, обусловленная эмоциональным состоянием; психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100 баллов, где 100 баллов соответствует полному здоровью. Все шкалы формируют 2 интегральных показателя: душевное и физическое благополучие.

Количественно оценивались показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF) – отражает степень ограничения возможности человека выполнять физическую нагрузку. Низкие показатели шкалы указывают на значительное ограничение физической активности пациента за счет состояния его здоровья.

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) – влияние физического состояния на повседнев-

ную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей).

3. Интенсивность боли (Bodily Pain – BP) – влияние боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Жизненная активность (Vitality – VT) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении, снижении жизненной активности.

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) – социальная активность, эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми. Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional Functioning – RE) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Низкие показатели шкалы интерпретируются как ограничения в выполнении повседневной работы, обусловленные ухудшением состояния.

8. Интегральный показатель физического здоровья (Physical Health – PH).

9. Психическое здоровье (Mental Health – MH) – характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели указывают на наличие депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии. Анкетирование пациентов проводилось перед операцией (за 2 дня), через 1 нед и через 1 мес после операции.

### Результаты

Среди пациенток, обследованных до операции, 19 были выполнены сфинктеросохраняющие операции (1-я группа), у 22 хирургическое вмешательство сопровождалось выведением стомы (2-я группа), что послужило критерием определения их в 2 группы для сравнительного анализа. На основании показателей, полученных до операции, отмечены межгрупповые различия по шкалам: интенсивности боли, социального функционирования и интегральному показателю физического здоровья. Показатель шкалы интенсивности боли у пациенток 1-й группы составил  $57,3 \pm 22,8$ , у больных 2-й группы –  $43,5 \pm 15,3$  ( $p = 0,038$ ), что указывает на большее ограничение повседневной активности за счет боли у стомированных впоследствии женщин. Средний показатель шкалы социального

функционирования также оказался выше у пациенток, которым в последующем была выполнена сфинктеросохраняющая операция,  $- 61,1 \pm 14,3$ , у пациенток с предстоящим наложением стомы  $- 42,6 \pm 18,6$  ( $p = 0,001$ ). Интегральный показатель физического здоровья был низким в обеих группах, причем у пациенток 2-й группы он был значимо ниже по сравнению с группой 1  $- 39,4 \pm 6,6$  и  $35,8 \pm 4,7$  соответственно ( $p = 0,033$ ).

По данным анкетирования, проведенного через 1 нед после операции, различия между группами обнаружены по шкалам: физического функционирования, общего здоровья, жизненной активности, психического здоровья и интегрального показателя физического здоровья. Средний показатель физического функционирования у пациенток без стомы составил  $46,8 \pm 19,0$ , более чем в 2 раза превышая показатель у стомированных больных  $- 21,7 \pm 17,2$  ( $p < 0,001$ ), что отражает значительное снижение возможности женщин со стомой выполнять физическую работу. Показатель общего здоровья также был выше в 1-й группе  $- 47,6 \pm 25,1$ , во 2-й группе  $- 29,3 \pm 14,1$  ( $p = 0,022$ ), то есть после сфинктеросохраняющей операции общая оценка больными своего здоровья и перспектив дальнейшего лечения в среднем лучше. Более высокий средний показатель шкалы жизненной активности отмечен у пациенток без стомы  $- 46,2 \pm 19,3$  по сравнению с показателем 2-й группы  $- 35,9 \pm 15,1$  ( $p = 0,043$ ). По-видимому, стомированные больные ощущают себя более утомленными и обессиленными. Более низкий средний показатель шкалы психического здоровья у пациенток 2-й группы  $- 50,4 \pm 7,8$  по отношению к 1-й группе  $- 56,8 \pm 10,7$  ( $p = 0,029$ ) указывает на большую вероятность депрессии, тревоги при наличии стомы. Интегральный показатель физического здоровья у пациенток со сфинктеросохраняющей операцией был выше по сравнению с показателем больных со стомой  $- 35,1 \pm 6,0$  и  $30,8 \pm 5,0$  соответственно ( $p = 0,018$ ).

Через 1 мес после оперативного вмешательства межгрупповые различия определялись по шкалам: интенсивности боли, жизненной активности, социального функционирования, а также интегральным показателям физического и психического здоровья. Боль ограничивала повседневную деятельность, включая работу по дому и вне дома, в большей степени у стомированных пациенток ( $BP - 44,7 \pm 15,0$ ), чем у больных без стомы ( $BP - 58,0 \pm 16,8$ ,  $p = 0,018$ ). Пациентки после сфинктеросохраняющей операции ощущали себя более полными сил и энергии по сравнению со стомированными  $- VT - 54,7 \pm 4,2$  и  $51,3 \pm 2,8$  соответственно ( $p = 0,045$ ). У пациенток без стомы отмечена более высокая социальная активность, эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми, что отражается в показателях шкалы социального функционирования  $SF - 60,0 \pm 8,1$  и  $52,6 \pm 6,6$  соответственно ( $p = 0,047$ ). Соответственно, и интегральные показатели

физического (РН 1-й группы  $- 40,9 \pm 7,0$ , 2-й группы  $- 36,2 \pm 3,6$ ,  $p = 0,015$ ) и психического (МН 1-й группы  $- 43,0 \pm 6,1$ , 2-й группы  $- 36,3 \pm 1,9$ ,  $p = 0,007$ ) здоровья у пациенток без стомы были выше.

Динамика показателей шкал в зависимости от срока тестирования изучалась отдельно по группам, из которых были предварительно исключены пациентки, не заполнившие опросники на каком-либо этапе. У больных без стомы (16 женщин) показатели большинства шкал на всех этапах (до операции, через неделю и через месяц после операции) изменялись незначительно, за исключением интегрального показателя физического здоровья (РН), значения которого снижались через неделю после операции  $-$  в среднем от  $39,2 \pm 5,4$  (перед операцией) до  $35,2 \pm 5,9$ , и восстанавливались через месяц до  $40,7 \pm 6,8$  ( $p = 0,036$ ) (рис. а). Также отмечен значительный прирост показателя ролевого функционирования (RE) через месяц после операции  $-$  до  $56,3 \pm 28,2$  при значениях: исходном и через неделю после операции  $- 33,3 \pm 16,5$  и  $33,3 \pm 12,5$  соответственно (см. рисунок). Очевидно, что улучшение эмоционального состояния женщин способствует выполнению повседневной работы через месяц после операции.

На пациенток со стомой время, прошедшее с момента операции, оказывает большее воздействие. Средние показатели практически всех шкал снижаются через 1 нед после хирургического лечения и приходят к исходным через месяц. Это особенно заметно для показателей шкал: физического функционирования (PF), общего состояния здоровья (GH), психического здоровья (MH) (рис. б, г, е).

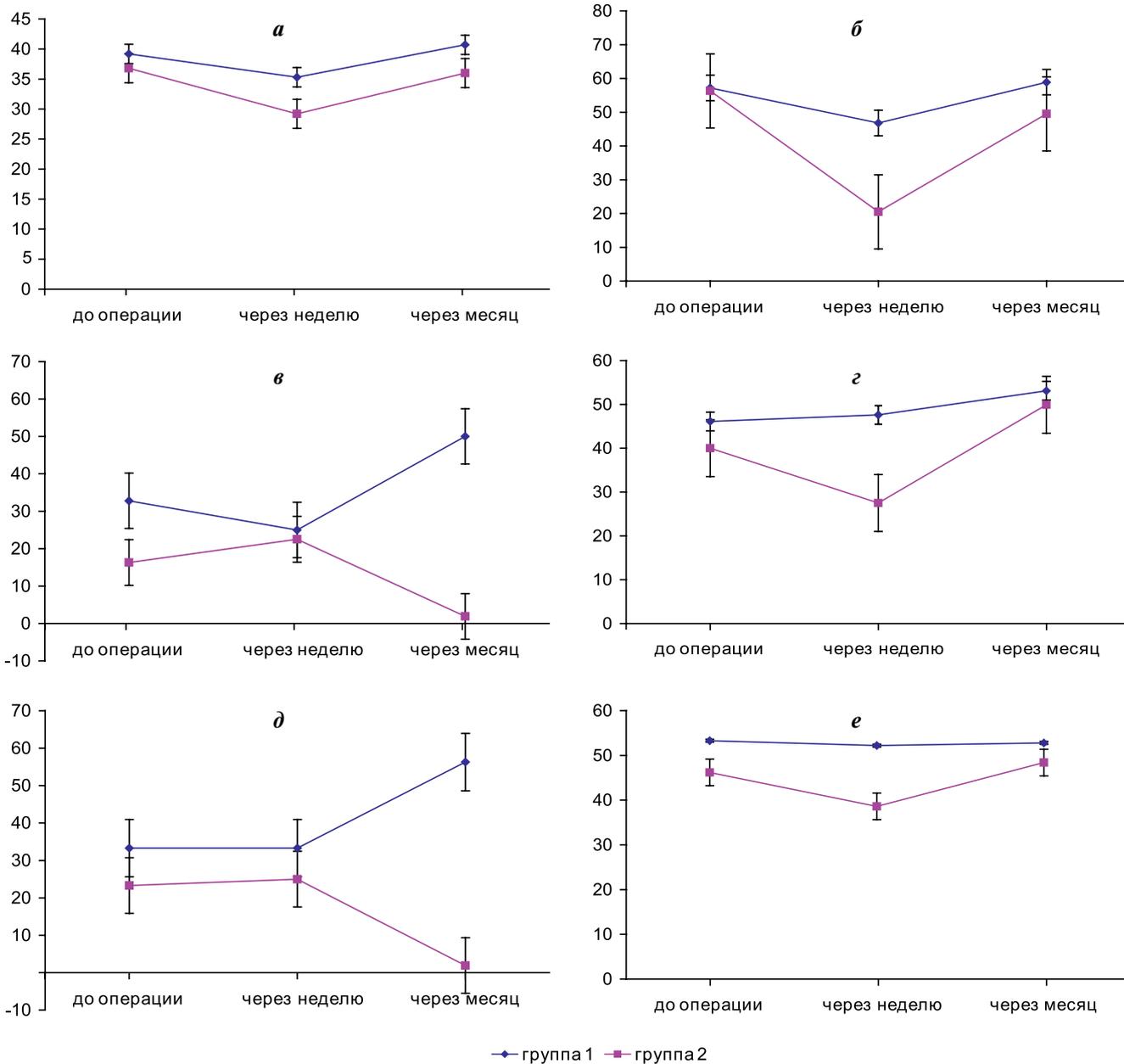
Исключение составляют показатели шкал ролевого функционирования, обусловленного физическим (RP) и эмоциональным (RE) состоянием. Значение показателя RP через неделю после операции несколько возрастает  $-$  с  $16,3 \pm 8,4$  до  $22,5 \pm 11,3$ , а через месяц значительно снижается до  $1,9 \pm 3,7$  ( $p = 0,04$ ). Аналогичный тренд отмечался и по шкале RE:  $23,3 \pm 13,1$ ;  $25,0 \pm 14,4$ ;  $1,9 \pm 2,7$  (рис. в, д). Полученные результаты объясняются тем, что через неделю после операции еще не наступило полное осознание выполненного объема оперативного вмешательства (наложение стомы), физическое и эмоциональное самочувствие пациенток связано с тяжестью оперативного пособия, перенесенным наркозом, вместе с тем включается психологическая защитная реакция «отрицания». Через месяц фатальность произошедшего уже полностью осознается больными, что отражается в виде существенного снижения показателей. При этом значения интегрального показателя психического здоровья (MH) остаются на всех этапах стабильно невысокими ( $33,9 \pm 13,7$ ;  $34,6 \pm 10,9$ ;  $34,8 \pm 7,7$ ).

#### Обсуждение

Данные нашего исследования демонстрируют более высокие показатели качества жизни у пациенток с прове-

денной сфинктеросохраняющей операцией на всех этапах обследования по сравнению с больными со стомой. Наиболее существенные различия между группами отмечены в социальном и физическом функционировании. Фактически, стома препятствует повседневной работе и хобби (ролевому функционированию), социальной и семейной жизни пациенток (социальному функционированию). Больные со стомой были в меньшей степени способны следить за собой (нарушение физического функционирования) и ощущали себя менее привлекательными. Более низкие показатели качества жизни в группе пациенток с последующей БПЭ в дооперационном периоде, возмож-

но, объясняются перенесенной частью из них (6 пациенток – 27,3 %) ЛТ. По мнению Engel et al., больные, перенесшие ЛТ, имели худшее качество жизни в первый год. Прекращение воздействия ЛТ вносит существенный вклад в улучшение качества жизни в течение продолжительного времени [12]. Через 1 мес после операции у стомированных пациенток сохранялось снижение качества жизни, связанное с болевым синдромом. Вероятно, это обусловлено техническими особенностями выполнения хирургического вмешательства. Из 22 женщин 2-й группы у 5 (22,7 %) по разным причинам промежуточная рана велась открытым способом, что негативно сказывалось на



Динамика показателей качества жизни у больных КРР после операции: а – РН (интегрального показателя физического здоровья); б – РF (физического функционирования); в – РР (ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием); г – GH (общего здоровья); д – RE (ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием); е – МН (психического здоровья)

показателе «интенсивности боли». Причина снижения показателей у других пациенток этой группы требует дополнительного изучения.

Нельзя исключить особенности формирования «внутренней картины болезни» — предстоящее выведение стомы многие пациентки связывают с более «тяжелой», по их мнению, клинической ситуацией, тогда как сохранение целостности кишки воспринимается как «не все так плохо, как могло быть». Ожидание симптомов и ограничений влияет на степень испытываемого пациентами дистресса [13].

Наиболее полное и адекватное информирование способно уменьшить тягостные переживания. Пациенты реже жалуются на симптомы и меньше испытывают беспокойство, когда чувствуют себя хорошо информированными [14, 15]. Необходимо помочь пациентам лучше понять болезнь, прогноз и последствия разных методов лечения.

Полученные нами результаты согласуются с данными других исследований. J. Schaube et al. в своей работе сделали вывод, что качество жизни стомированных пациенток ухудшается [16]. L.E. Campos-Lobato et al., напротив, отметили, что больные, перенесшие БПЭ прямой кишки, имели долгосрочные показатели качества жизни, аналогичные полученным у пациентов после передней резекции прямой кишки. Однако в данное исследование входили пациенты после низкой передней резекции, что привело к ухудшению показателей [17]. J. Engel с коллегами показали, что качество жизни стомированных паци-

ентов ниже качества жизни пациентов без стомы. После низкой передней резекции у больных значительно больше проблем с функционированием кишечника, мочевыделением, сексуальных расстройств, однако их качество жизни все равно выше, чем у больных после БПЭ прямой кишки, даже по прошествии 4 лет [12].

### Выводы

У всех пациенток, перенесших оперативное вмешательство по поводу рака прямой кишки, в течение первой недели после операции снижаются показатели качества жизни, в большей степени — у больных после БПЭ прямой кишки.

Через 1 мес после операции большинство показателей качества жизни у пациенток со стомой возвращаются к уровню исходно низких значений, за исключением показателей ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием, прогрессивно снижающихся со временем.

Качество жизни пациенток без стомы выше, чем у пациенток со стомой на всех этапах после операции.

Необходимо лучшее информирование пациенток относительно их заболевания, последствий различных вмешательств, возможности реабилитационных мероприятий.

Необходима разработка комплекса реабилитации, включающего медикаментозную коррекцию и адекватную психотерапию, приближенную к индивидууму и нацеленную на улучшение качества жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бримкулов Н.Н., Сенкевич Н.Ю., Калиева А.Д. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни. Центральноеазиатский медицинский журнал 1998;4—5:236—41.
2. Володин Б.Ю., Петров Е.П., Куликов А.И. и др. Внутренняя картина болезни и особенности психотерапевтической коррекции у больных раком молочной железы и тела матки. Российский онкологический журнал 2006;1:38—40.
3. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. Оценка качества жизни больного в медицине. Клиническая медицина 2000;2:10—3.
4. Renner K., Rosen H.R., Novi G. et al. Quality of life after surgery for rectal cancer: do we still need a permanent colostomy? Dis Colon Rectum 1999;42:1160—7.
5. Jehle E.C., Haehnet T., Starlinger M.J. et al. Level of the anastomosis does not influence functional outcome after anterior rectal resection for rectal cancer. Am J Surg 1995;169:147—52; discussion P. 152—153.
6. Matsuoka N., Moriya Y., Kasu T., Fujita S. Long-term outcome of urinary function after extended lymphadenectomy in patients with distal rectal cancer. Eur J Surg Oncol 2001;27:165—9.
7. McDonald P.J., Heald R.J. A survey of postoperative function after rectal anastomosis with circular stapling devices. Br J Surg 1983;70:727—9.
8. Marquis R., Lasry J.C., Heppel J. et al. Quality of life of patients after restorative surgery for cancer of the rectum. Ann Chir 1992;46:830—8.
9. Lewis W.G., Martin J.G., Williamson M.E. et al. Why do some patients experience poor functional results after anterior resection of the rectum for carcinoma? Dis Colon Rectum 1995;38:259—63.
10. ВОЗ МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 1994.
11. Ware J.E. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. BMJ 1993;306:1429—30.
12. 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.
13. Gotay C.C. Trial-related quality of life: using quality-of-life assessment to distinguish among cancer therapies. J Natl Cancer Inst Monogr 1996:4—6.
14. Little P., Everitt H., Williamson I. et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001;323:908—11.
15. Mills M.E., Sullivan K. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. J Clin Nurs 1999;8:631—42.
16. Schaube J., Scharf R. The quality of life after extirpation of the rectum for carcinoma. Dtsch Med Wochenschr 1996;121:153—7.
17. Campos-Lobato L.F., Alves-Ferreira P.C., Lavery I.C., Kiran R.P. Abdominoperineal resection does not decrease quality of life in patients with low rectal cancer. Cochrane Database Syst 2012;12.