

О.И. КАГАНОВ¹, Е.П. КРИВОЩЕКОВ¹, А.В. МЕШКОВ²¹Самарский государственный медицинский университет²Самарский областной клинический онкологический диспансер**АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
КОЛОСТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

Статья посвящена проблеме качества жизни колостомированных больных, оперированных по поводу осложненного колоректального рака. Изучены показатели качества жизни после обструктивных резекций толстой кишки с применением шкалы FACT-C, которая состояла из суммы значений шкалы FACT-G и специального модуля для колоректального рака CRC – colorectal cancer concerns. Проведен сравнительный анализ по каждому модулю шкалы FACT-G, специальному модулю CRC и суммарным значениям шкал FACT-G, FACT-C и TOI у колостомированных больных после операций в специализированном онкологическом отделении и в общей лечебной сети. Сделаны выводы, что динамика суммарных показателей FACT-G, FACT-C и TOI свидетельствуют о значимом улучшении качества жизни пациентов, которым при обструктивных резекциях толстой кишки формируют одноствольную колостому по предложенному способу с применением сфинктеромоделирующей методики.

Ключевые слова: колоректальный рак, качество жизни, одноствольная колостома

Каганов Олег Игоревич - доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии СамГМУ. E-mail: okaganov@mail.ru

Кривощек Евgenий Петрович - доктор медицинских наук, профессор кафедры ИПО СамГМУ. E-mail: walker02@mail.ru

Мешков Александр Викторович - врач-онколог отделения колопроктологии ГБУЗ СО-КОД. E-mail: mecb123@mail.ru

O.I. KAGANOV¹, E.P. KRIVOSCHEKOV¹, A.V. MESHKOV²¹Samara state medical university²Samara Regional Clinical Oncology Center**ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH COLOSTOMY**

This article is dedicated to the issue of quality of life of patients with colostomy who were operated on for complicated colorectal cancer. Quality of life after resection of obstructive colon has been studied using a scale FACT-C, which consisted of the sum of the values of the scale FACT-G and a special module for colorectal cancer CRC - colorectal cancer concerns. The comparative analysis of the quality of life after operation was performed for each module scales FACT-G, a special module CRC and the total scale value FACT-G, FACT-C and TOI. The study concluded that the dynamics totals FACT-G, FACT-C, TOI and additional questions show the improving quality of life of patients with colostomy. Colostomy was formed in obstructive colon resection using the technique of sphincter modeling by the proposed method.

Keywords: colorectal cancer, quality of life, single-barrel colostomy

Oleg Kaganov - doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Oncology, Samara State Medical University. E-mail: okaganov@mail.ru

Evgeniy Krivoschecov - doctor of Medical Sciences, Professor of surgery, Department IPE, Samara State Medical University. E-mail: walker02@mail.ru

Alexander Meshkov - oncologist, Samara State Regional Clinical Oncology Center, E-mail: mecb123@mail.ru

Колоректальный рак (КРР) является одним из наиболее часто встречающихся онкологических заболеваний. Ежегодная заболеваемость КРР в мире достигает 1,2 млн случаев. Согласно данным статистики, КРР в России за последние 20 лет переместился с шестого на второе место как по распространенности, так и по при-

чине смертности в структуре онкологических заболеваний [2]. У значительного числа пациентов КРР манифестирует на стадии осложнений, среди которых превалирует опухолевая толстокишечная непроходимость (ОТКН), встречающаяся у 51-87% от всех больных с осложненным течением рака толстой кишки [8]. В связи с

осложненным течением КРР остается стабильно высоким количество обструктивных резекций толстой кишки, число которых при левосторонней локализации осложненной опухоли достигает 90% [7, 11]. Одной из актуальных проблем онкологии является улучшение показателей качества жизни (КЖ) больных.

КЖ – один из основных показателей при оценке ранних и отдаленных последствий оперативного лечения, в том числе у больных с колостомами. Основные изменения показателей КЖ обусловлены динамикой физического благополучия и показателей модуля для колоректального рака [3, 4, 5, 6]. Неконтролируемое функционирование калового свища для пациентов является тяжелой психологической травмой, с которой многие из них не могут справиться на протяжении всей жизни. Неуправляемый акт дефекации, усугубленный параколостомическими осложнениями, значительно снижает КЖ пациентов [1]. Исследования показали, что у 80,4% больных с осложнениями со стороны кишечной стомы нарушается опорожнение кишечника: наблюдается частое отхождение кишечного содержимого (до 15-20 раз в сутки), сменяющееся длительными запорами. У пациентов контрольной группы с правильно сформированными одноствольными колостомами в большинстве случаев (72,4%) опорожнение кишечника происходит порционно (2-4 раза в день) и в определенное время суток [10]. Настойчивые попытки сохранения анального сфинктера (брюшно-анальные резекции, низкие и ультранизкие передние резекции прямой кишки) существенно снижают КЖ в связи с развитием стойкой анальной инконтиненции. Уход за колостомой на передней брюшной стенке – более легкая процедура, нежели уход за промежностью с нефункциональным сфинктером, соответственно сфинктеросохраняющая операция, призванная улучшить КЖ, ухудшает ее. [9, 12].

Цель исследования – определить особенности качества жизни стомированных больных с диагнозом «колоректальный рак» после хирургического лечения.

Задачи исследования. Изучить качество жизни стомированных больных с диагнозом колоректальный рак после хирургического лечения с применением шкал FACT-C, FACT-G и специального модуля для колоректального рака CRC

Материал и методы исследования. КЖ больных было исследовано у 190 больных раком толстой кишки, осложненного ОТКН, разделенных на 3 груп-

пы. I группа (группа сравнения) – 54 больных, оперированных в хирургических отделениях общей лечебной сети в объеме обструктивной резекции толстой кишки и формированием одноствольной колостомы по стандартной методике. II группа (группа исторического контроля) – 61 человек, оперированный в отделении колопроктологии СОКОД с соблюдением принципов онкологического радикализма, с формированием одноствольной колостомы стандартным методом. III группа (основная) – 75 пациентов, оперированных в отделении колопроктологии СОКОД с соблюдением онкологических принципов, с использованием нового способа формирования одноствольной колостомы. Реализация способа осуществлялась следующим образом. После выполнения обструктивной резекции на проксимальном конце резецированной толстой кишки, отступив от линии механического шва на 30-40 мм, производят один или два разреза серозной оболочки до мышечного слоя на расстоянии 5-7 мм друг от друга, циркулярно накладывают 5-7 серо-серозных узловых швов, захватывая стенку кишки выше и ниже циркулярного разреза, создавая тем самым инвагинацию стенки кишки внутрь и образуя циркулярный клапан-манжету, в шахматном порядке делают поперечные насечки серозно-мышечной оболочки дистального отдела толстой кишки длиной 5-10 мм на расстоянии 20-30 мм друг от друга с расчетом, чтобы участки серозомиотомии в последующем находились забрюшинно, формируют забрюшинный канал и отверстие в передней брюшной стенке, через которое выводят подготовленный участок толстой кишки и фиксируют узловыми швами к коже, при этом клапан-манжету располагают ниже уровня апоневроза, через 1 сутки просвет кишки вскрывают по линии механического шва (патент РФ на изобретение №2374995 от 10.12.2009.) (рис. 1).

Исследование КЖ проводилось с применением шкалы FACT-C, которая состояла из суммы значений шкалы FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) и специального модуля для КРР CRC – colorectal cancer concerns. Шкала FACT-G в свою очередь состояла из 4 модулей: физического (PWB), социально/семейного (SWB), эмоционального (EWB) и функционального (FWB) благополучия. Для оценки результатов каждого модуля проводилось суммирование баллов полученных при ответе больных на поставленные вопросы. Исследование КЖ проводилось в следующих точках обследо-

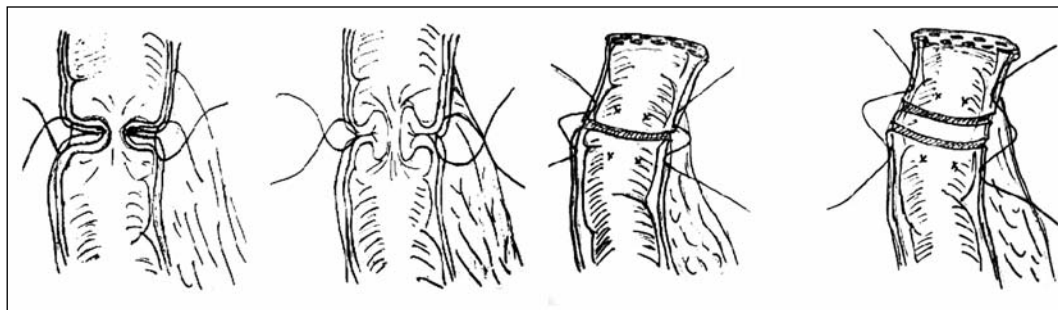


Рис. 1. Этапы формирования одностольной колостомы с клапаном-манжетой

ния: 1 – до операции; 2 – через 3 мес. после операции; 3 – через 6 мес. после операции; 4 – через 9 мес. после операции; 5 – через 12 мес. после операции.

Проведен сравнительный анализ по каждому модулю шкалы FACT-G, специальному модулю CRC и суммарным значениям шкал FACT-G, FACT-C и TOI.

Результаты исследования

Физическое состояние больных оценивалось по ответам на 7 вопросов модуля физического благополучия (PWB). Данный модуль позволял оценить физические возможности человека после операции в повседневной жизни. До операции значения модуля PWB в группах исследования были сопоставимы ($p=0,990$) и находились на низком уровне. Через три, шесть, девять, двенадцать месяцев после операции значение модуля физического благополучия в 3, 2 группах было значимо выше, чем в 1 группе ($p=0,04$, $p=0,03$, $p=0,03$ и $p=0,02$ соответственно). Это обусловлено низким процентом послеоперационных осложнений в группах больных, которым выполнялось хирургическое лечение в СОКОД и повлияло на раннее восстановление пациентов после операции. Пациенты 2 и 3 групп выставляли минимальный балл при ответе на вопросы, связанные с общим состоянием: «испытываю недостаток энергии», «чувствую себя больным», «я вынужден (-а) проводить время в постели». Показатели КЖ были также значимо выше в 3 группе исследования по сравнению со 2 группой. Разница в баллах между 3 и 2 группой отразилась при ответах на вопрос: «мое физическое состояние затрудняет выполнение семейных дел»; «у меня бывают боли»; «меня беспокоят побочные эффекты лечения», что было связано с функционированием колостомы. Число баллов при ответах на данные вопросы в 2 группе говорило о менее выраженной динамике улучшения состояния по сравнению с 3 группой, хотя рост показателей в обеих группах относительно до операционных был значимым по

сравнению с 1 группой. Через три, шесть и девять месяцев после операции изменения показателей в модуле PWB были значимыми в 1 и 2 группе ($p=0,04$, $p=0,04$ и $p=0,02$ соответственно). Это было связано с ранней реабилитацией пациентов, оперированных в СОКОД. Через 12 месяцев значимой разницы в показателях модуля в 2 и 1 группах не было. Возможно, это было связано с частым выявлением прогрессии метастатического процесса в данный период времени, что влияло на субъективные ощущения пациентов в оценке их состояния.

При исследовании результатов КЖ по модулю социально/семейного благополучия SWB больных просили ответить на 7 вопросов. Максимально возможное число баллов в данном модуле соответствовало 28.

До операции значения модуля SWB в группах сравнения были сопоставимы ($p=0,84$). Динамика изменений средних значений модуля SWB совпадала с предыдущим модулем PWB. В 1 и 2 группах исследования было выявлено улучшение показателей относительно до операционных значений ($p=0,5$). Однако, значения в 3 группе через три, шесть и девять месяцев были значимо выше, чем в 1 группе ($p=0,04$ и $p=0,03$ соответственно). Через двенадцать месяцев показатели в 2 и 3 группах значимо не различались ($p=0,58$ и $p=0,68$ соответственно), однако по сравнению с 1 группой показатели были значимо выше ($p=0,02$ и $p=0,03$ соответственно). В первые девять месяцев больные 3 группы в более ранние сроки социально адаптировались, вели полноценную семейную жизнь, часто встречались с друзьями, не испытывали дискомфорта в общении с близкими. Наибольшее число баллов в 3 группе пациенты дали при ответе на вопросы: «у меня хорошие отношения с друзьями», «меня поддерживают мои друзья», «я удовлетворен (-а) моей половой жизнью». Это было связано с функциональностью колостомы и хорошей реабилитацией пациентов. В 1 группе паци-

енты адаптировались гораздо медленнее. Выравнивание показателей в 12 месяцев во 2 и 3 группах можно объяснить адаптацией пациентов к создавшейся ситуации, однако несмотря на это, показатели были статистически выше, чем в 1 группе. Это было связано с наличием большого числа «порочных» колостом у данной группы пациентов, что внесло свой вклад в средние значения шкалы PWB.

При исследовании результатов КЖ по модулю эмоционального благополучия EWB больных просили ответить на 6 вопросов. Максимально возможное число баллов в данном модуле соответствовало 24. Вопросы GE1 и GE3 – GE5, были вопросами-исключениями.

До операции значения модуля EWB в обеих группах были сопоставимы ($p=0,76$) и находились на низком уровне. Учитывая тяжесть перенесенной операции и необходимость проведения химиотерапии в послеоперационном периоде, значимой разницы в 1 и 2 группах по модулю EWB через три, шесть, девять и двенадцать месяцев выявлено не было ($p=0,99$, $p=0,46$, $p=0,36$ и $p=0,56$ соответственно). Данные события отражались в низких баллах при ответах на вопросы: «я чувствую грусть»; «теряю надежду, что могу преодолеть мою болезнь»; «нервничаю». Однако значимая разница в значениях определялась в 3 и 1 группах, что было обусловлено ответами на аналогичные вопросы ($p=0,03$, $p=0,03$, $p=0,02$, $p=0,02$). Несмотря на тяжесть перенесенной операции, значение модуля EWB в группах исследования имело тенденцию к росту.

При исследовании результатов КЖ по модулю функционального благополучия FWB больных просили ответить на 7 вопросов. Максимально возможное число баллов в данном модуле соответствовало 28.

До операции значения модуля FWB в обеих группах были сопоставимы ($p=0,99$). В послеоперационном периоде показатели имели тенденцию к улучшению относительно дооперационных значений во всех трех группах исследования, при сравнении значений в 1 и 2 группах была выявлена значимая разница че-

рез девять и двенадцать месяцев ($p=0,03$, $p=0,02$). Это было связано с ответами на вопросы: «я способен трудиться»; «работа приносит удовольствие». Отсутствие значимой разницы через три и шесть месяцев было связано со снижением работоспособности после операции в обеих группах. В свою очередь при ответах на вопросы данного модуля были получены наиболее высокие значения у пациентов 3 группы. В связи с этим во всех точках исследования показатели КЖ были значимо выше в 3 группе по сравнению с 1 и 2 группами. В 1 и 2 группах снижение социальной адаптации было выявлено при ответах на вопросы: «я способен радоваться жизни»; «отношусь к своей болезни спокойно»; «удовлетворен качеством своей жизни». Это говорит о низкой функциональности сформированной колостомы в данных группах исследования. Оценка шкалы FACT-G для обеих групп проводилась по сумме баллов модулей PWB+SWB+EWB+FWB. Максимальное значение баллов по данной шкале соответствовало 108 (рис. 2).

До операции средние показатели КЖ по шкале FACT-G в обеих группах были

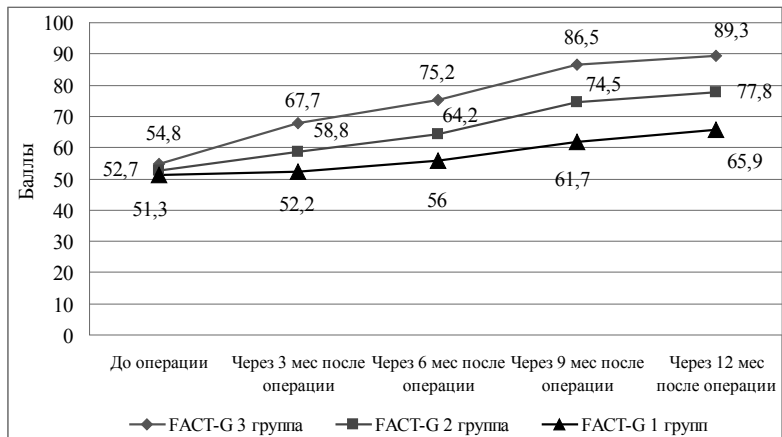


Рис. 2. Динамика средних значений шкалы FACT-G больных 1,2,3 групп в установленных точках исследования

с сопоставимы между собой и имели тенденцию к улучшению после выполнения хирургического лечения, причем во 2 и 3 группе значимо ($p=0,02$), в 1 группе значимого улучшения КЖ выявлено не было ($p=0,08$). Суммарное значение модулей в 2 группе было выше, чем в 1 группе, во всех точках исследования, однако значимой разницы выявлено не было ($p=0,08$, $p=0,08$, $p=0,07$, $p=0,07$, соответственно). В 3 группе во всех точках исследования показатели были значимо выше по сравнению с 1 группой ($p=0,04$, $p=0,02$, $p=0,02$, $p=0,01$ соответственно) и в точках исследования третьего и шестого месяцев по

сравнению со 2 группой исследования ($p=0,04$, $p=0,04$ соответственно).

Для определения значений шкалы FACT-C проведено исследование модуля CRC – colorectal cancer concerns, предназначенного для KPP. В данный модуль входило 9 вопросов, максимальное число баллов в модуле соответствовало 36. До операции показатели модуля CRC в группах исследования между собой значимо не отличались. Низкий показатель в модуле CRC на дооперационном этапе был связан с проявлением симптомов KPP. Проведенные операции в группах сравнения позволили улучшить показатели КЖ относительно дооперационных значений, причем во 2 и 3 группе значимо ($p=0,01$), в 1 группе ($p=0,09$). Оперативное вмешательство в 2 и 3 группах исследования сопровождалось меньшим числом послеоперационных осложнений по сравнению с 1 группой. Это позволило больным восстановиться в более ранний период. Так, во 2 группе показатели CRC были значимо выше через три и шесть месяцев, чем в 1 группе ($p=0,04$ и $p=0,04$). В остальных точках исследования показатели значимо не отличались. Это было связано с ответами на вопрос: «я управляю опорожнением кишечника»; «у меня понос»; «я доволен тем, как выглядит мое тело»; «стесняюсь, что использую калоприемник» и «мне трудно осуществлять уход за своим калоприемником». Соответственно в 3 группе исследования показатели во всех точках исследования были значимо выше по сравнению с 1 группой в связи с ответами на аналогичные вопросы, что характеризует функциональные особенности колостомы ($p=0,04$, $p=0,02$ $p=0,02$ и $p=0,01$ соответственно).

Показатели по шкале FACT-C складывались из

суммы значений FACT-G + модуль CRC (рис. 3).

Группы были сопоставимы между собой по числу баллов шкалы FACT-C ($p=0,99$). Суммарное значение шкалы FACT-G и модуля CRC было значимо выше в 3 группе с третьего месяца и далее во всех точках исследования относительно аналогичных показателей 1 группы ($p=0,03$, $p=0,03$, $p=0,01$ и $p=0,02$) и в точках шестого, девятого и двенадцатого месяцев относительно аналогичных показателей 2 группы ($p=0,04$, $p=0,04$, $p=0,03$). Это было связано с высокими показателями КЖ по модулю FWB и CRC.

Важным критерием исследования был показатель результатов испытания TOI. Его значение состояло из суммы модулей PWB + FWB + CRC. Максимальное значение баллов для данного показателя составляло 92 (рис. 4).

До операции средние значения TOI в обеих группах были не значимыми ($p=0,990$). Через 3, 6, 9 и 12 месяцев по-

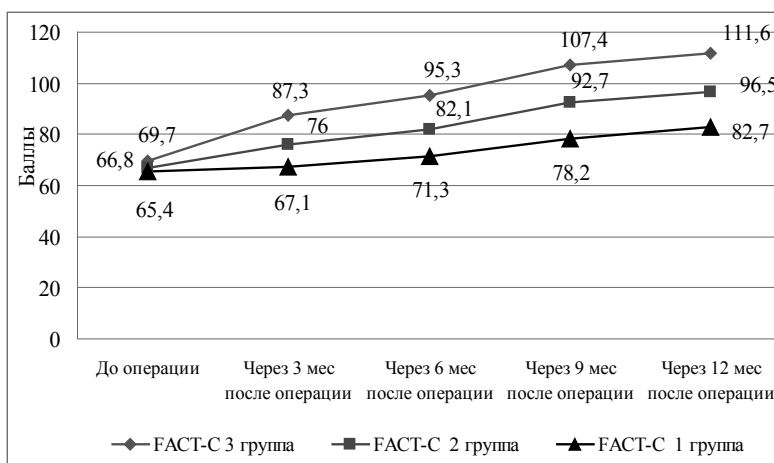


Рис. 3. Динамика средних значений шкалы FACT-C у больных 1, 2, 3 групп в установленных точках исследования

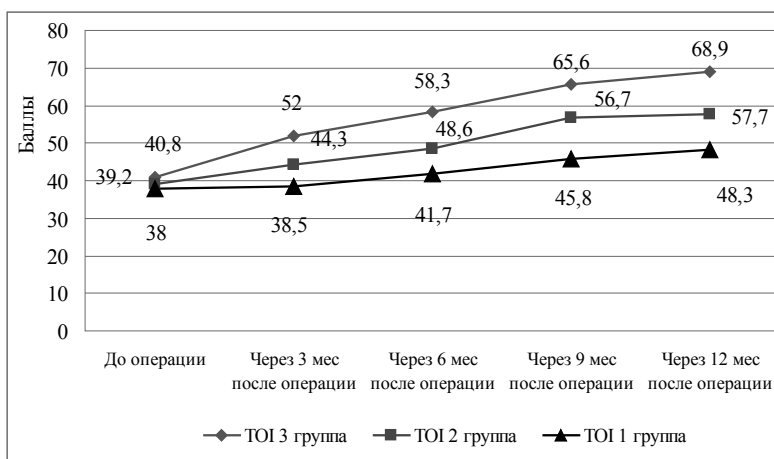


Рис. 4. Динамика средних значений TOI у больных 1, 2, 3 групп в установленных точках исследования

сле операции ТОИ было значимо лучше в 3 группе по сравнению с 1 и 2 группой ($p=0,02$ и $p=0,03$ соответственно). Это также подтверждает высокую функциональность колостомы, сформированной при операции, что позволило больным реабилитироваться в более ранние сроки. Через 9 месяцев после операции была выявлена значимая разница в показателях ТОИ в 1 и 2 группах ($p=0,04$).

Выводы

Динамика суммарных показателей FАСТ-G, FАСТ-C и ТОИ свидетельствуют о значимом улучшении КЖ пациентов, которым при обструктивных резекциях толстой кишки формируют колостому по предложенному новому способу в сравнении с пациентами, получившими лечение в общей лечебной сети и в СОКОД до внедрения нового способа формирования одноствольной колостомы.

Список литературы

1. Андреев А.В., Чеканов М.Н. Отдаленные функциональные результаты ректальных резекций // Материалы Второй международной конференции «Российская Школа Колоректальной Хирургии». Москва, 2009. - С. 59.
2. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015.
3. Каганов О.И., Козлов С.В., Воздвиженский М.О., Кутырева Ю.Г., Труханова И.Г., Вишняков В.А., Стадлер В.В. Сравнительная оценка качества жизни больных при проведении циторедуктивных операций с применением радиочастотной абляции колоректальных метастазов и атипичной резекции печени // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2010. № 2. С. 6-10.

4. Каганов О.И., Козлов С.В. Показатели качества жизни больных с диагнозом колоректальный рак после циторедуктивных операций // Колопроктология. - 2011. № 2. С. 18-22.

5. Каганов О.И., Козлов С.В. Анализ показателей качества жизни больных при хирургическом лечении метастазов колоректального рака в легких // Российский онкологический журнал. 2012. № 3. С. 8-11.

6. Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Козлов А.М., Швеиц Д.С. Прогнозирование риска развития прогрессии заболевания после радиочастотной абляции метастазов колоректального рака в печени // Международный научно-исследовательский журнал. - 2014. № 3-4 (22). С. 114-115.

7. Корымасов Е.А., Богданов В.Е., Горбунов Ю.В. Опухоль левой половины ободочной кишки в экстренной хирургической практике // Вестник Российской Военно-медицинской академии. - 2008. Приложение №4(24). - С.147.

8. Красноперов А.В., Кошель А.П., Панкратов И.В., Клоков С.С. Формирование колостомы при операциях на прямой кишке // Онкохирургия. - 2010. - С. 111.

9. Мешков А.В., Кривошеков Е.П., Григорьева Т.С. Качество жизни больных после брюшно-анальной резекции с низведением и колостомирующих радикальных резекций при раке прямой кишки // Всероссийская конференция хирургов, посвященная 10-летию мед. Центра им. Р.П. Аскерханова. Сборник научных трудов. Махачкала, 2012. - С.101-102.

10. Стойко Ю.М., Манихас Г.М., Ханевич М.Д., Коновалов С.В. Профилактика и лечение осложнений колостом. - Санкт-Петербург Аграф+, 2008 - 168с.

11. Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Лузин В.В. и соавт. Колоректальный рак. Выбор хирургической тактики при толстокишечной непроходимости. Монография. - Спб.: Аграф+, 2008. - 136с.

12. Fisher S. E. Quality of life and sexual function following surgery for rectal cancer / S. E. Fisher, I. R. Daniels // Colorectal Dis. - 2006. - Vol. 8. - P. 40-42.