

The quality of life of patients after palliative surgical treatment of patients with metastatic colorectal cancer

Osombaev M.¹, Djekshenov M.² (Republic of Kyrgyzstan)

Качество жизни больных после паллиативного хирургического лечения больных диссеминированным колоректальным раком Осомбаев М. Ш.¹, Джекшенов М. Д.² (Кыргызская Республика)

¹Осомбаев Муратбек Шариембиевич / Osombaev Muratbek - кандидат медицинских наук, заведующий отделением, отделение опухолей кишечника;

²Джекшенов Марат Джумабекович / Djekshenov Marat – младший научный сотрудник отдела, отдел клинической онкологии, Национальный центр онкологии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: статья посвящена изучению качества жизни у больных диссеминированным колоректальным раком после паллиативного и симптоматического хирургического вмешательства. Показана целесообразность выполнения циторедуктивных операций у больных колоректальным раком даже с множественными нерезектабельными метастазами, заключающаяся не только в избавлении от тяжелых осложнений опухоли, но и в значительном улучшении качества жизни.

Abstract: the article studies the quality of life in patients with metastatic cancer after palliative and symptomatic surgery. Shows the appropriateness of cytoreductive surgery in patients with colorectal cancer, even with multiple unresectable metastases, was not only getting rid of severe complications of the tumor, but also significantly improves quality of life.

Ключевые слова: метастатический колоректальный рак, рак прямой кишки, циторедуктивные операции, качество жизни.

Keywords: metastatic colorectal cancer, rectal cancer, cytoreductive surgery, quality of life.

В мире ежегодно умирает более пятидесяти миллионов человек. Около пяти миллионов человек умирает от онкопатологии. В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак (КРР) в мире занимает четвертое место, а удельный вес в общей структуре заболеваемости составляет от 2 до 10%. Ежегодно в мире регистрируется около 1 млн вновь заболевших [1]. Несмотря на совершенствование ранней диагностики и использование скрининговых программ в разных странах, уже на этапе постановки диагноза у 20-35% больных КРР выявляют отдаленные метастазы, а у 25–30% их обнаруживают при последующем динамическом наблюдении после лечения [2]. В программе Всемирной организации здравоохранения по борьбе против рака совершенствование паллиативной помощи онкологическим больным – одно из приоритетных направлений современной онкологии во всем мире. Каждый врач и медсестра обязаны использовать современные принципы паллиативной медицины при оказании помощи этой категории больных.

Паллиативная помощь включает целый ряд аспектов — медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и других патологических симптомов, необходимы психосоциальная и духовная поддержка пациента, а также оказание помощи близким при уходе за ним. Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики, существенной частью которой является паллиативная помощь.

Паллиативная помощь — это забота о пациентах с поздними стадиями активного прогрессирующего заболевания и небольшим ожидаемым сроком жизни, и основное внимание уделяется облегчению и предотвращению страданий пациентов, поддержанию максимально возможного качества их жизни [3].

Понятие качества жизни (КЖ) больного появилось в Index medicus в 1977 г. и в настоящее время широко используется в медицине зарубежных стран. В Европе под КЖ понимают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека [4]. Американские исследователи определяют КЖ как физическое, эмоциональное, социальное, финансовое и духовное благополучие человека. Оценка КЖ представляет собой простой и надежный метод изучения состояния здоровья человека, основанный на субъективном восприятии и дающий интегрально-цифровую характеристику его физического, психологического и социального функционирования [5].

Качество жизни, связанное со здоровьем, представляет собой основную цель современной медицины. Общепринятое медицинское заключение, сделанное врачом, и оценка качества жизни, данная самим больным, представляют полную и объективную характеристику состояния здоровья больного, позволяют сделать правильный выбор среди нескольких вариантов лечения, что особенно актуально в связи с появлением новых медицинских технологий [6].

Достижение максимального КЖ с позиции современной медицины считается либо главной, либо дополнительной целью лечения. Так, КЖ будет главной целью лечения при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни, дополнительной – при лечении больных заболеваниями, ограничивающих продолжительность жизни (главной целью в этом случае будет увеличение ее продолжительности), КЖ является единственной целью лечения пациентов в инкурабельной стадии заболевания [7].

К настоящему времени имеется огромное количество публикаций по оценке КЖ в различных разделах медицины. Этим методом широко пользуются для оценки состояния здоровья больных в кардиологии, онкологии, гематологии, ревматологии, нефрологии, гастроэнтерологии, хирургии, пульмонологии, эндокринологии, неврологии, а также при трансплантации органов и тканей. Исключительно важную роль играет оценка КЖ больных в онкологии. Примерно половина всех исследований КЖ после 1980 г. связана с лечением онкологических больных [9].

На сегодняшний день КЖ является одним из важных критериев оценки результатов лечения онкологических больных, наряду с традиционными клиническими критериями (выживаемость, непосредственная эффективность лечения — «опухолевый ответ», безрецидивная выживаемость). На конференции Национального Института Рака США (NCI) и Американского Общества Клинической Онкологии (ASCO) в 1990 г. постулировано, что КЖ является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и является более важным, чем первичный опухолевый ответ. Для оценки КЖ наиболее общеприняты и распространены опросники, заполняемые больными. В США и Европе созданы специальные центры, занимающиеся разработкой опросников КЖ. Имеются общие опросники, которые могут быть использованы для оценки КЖ при различных заболеваниях, и специальные опросники для определенной группы болезней или одного заболевания. В настоящее время используется более 400 общих и специальных опросников.

В настоящее время имеется много опросников, применяющихся в онкологии. Однако наиболее распространенными являются два опросника: американский опросник FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) и европейский — EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organisation for Research and Treatment Cancer) [5; 8].

Целью нашей работы является изучить КЖ больных метастатическим колоректальным раком с нерезектабельными отдаленными метастазами после паллиативного хирургического лечения с помощью опросника EORTC QLQ-C30 в сравнении больных с проведенными паллиативными операциями в объеме удаления первичной опухоли и больных, получивших симптоматическое хирургическое вмешательство.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовало 68 больных колоректальным раком, из них 36, получивших хирургическое лечение в объеме паллиативных операций: 14 (39%) мужчин и 22 (61%) женщин, средний возраст которых составил – $55,3 \pm 2,84$ года, и 32 больных, получивших симптоматический объем оперативного вмешательства: 12 (37,5%) мужчин и 20 (62,5%) женщин, средний возраст которых – $58,4 \pm 2,10$ года, - в качестве группы сравнения. Анкета состоит из 30 вопросов, включает в себя функциональные и симптоматические шкалы. Для описания специфических симптомов, отражающих качество жизни больных колоректальным раком, дополнительно использовался модуль QLQ-CR29[5], состоящий из шкалы и двадцати девяти отдельных вопросов.

Обследование пациентов с заполнением анкет-вопросников проводилось через три месяца после операции. Результаты подсчета по анкетам-вопросникам подвергались статистическому анализу с помощью компьютерных программ EXEL и SPSS 22. После краткого объяснения содержания анкеты-вопросника и принципов ее заполнения большинство пациентов смогли заполнить анкету без посторонней помощи. Среднее время, требуемое для заполнения анкеты, составило 14 мин.

Методологическая основа, на которой базируется опросник, включает следующие положения: 1) специфичность к раку, 2) многомерность в структуре (т. е. наличие нескольких шкал, характеризующих КЖ), 3) возможность заполнения опросника самим больным, 4) применимость в различных культурах.

Обследуемому предлагали выразить свое отношение по каждому из указанных вопросов, выбрав один из 4 возможных ответов, который более всего устраивал его в настоящее время. Каждый ответ оценивался в диапазоне от 1 до 4 баллов. Суммарный показатель КЖ составлял сумму баллов по основным четырем разделам, максимально высокой оценкой являлась сумма в 216 баллов. Надо отметить, чем ниже сумма баллов, тем лучше параметры качества жизни. Около 10% пациентов сообщили, что один или несколько вопросов приводили их в замешательство или на них было трудно ответить. Большинство опрашиваемых больных радовались возможности сообщить о своем состоянии здоровья и переживаниях.

Изменения качества жизни больных в большей степени определяются вариантом хирургического вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование параметров КЖ у больных колоректальным раком позволило обнаружить связь с клиническими особенностями заболевания. Установлено, что в группе больных, получивших симптоматическое хирургическое лечение, ведущим в клинической картине являлся болевой синдром. Боли в основном локализовались в области первичной опухоли, носили ноющий и тупой характер. В большинстве случаев боли иррадиировали в поясницу и в крестец. Практически все больные отметили значительную потерю массы тела, выраженную слабость.

При сравнительном анализе параметров качества жизни больных диссеминированным колоректальным раком, получивших различные типы лечения, обнаружены различия по общему качеству жизни, по шкалам физического, эмоционального, функционального благополучия ($p < 0,01$), причем во всех случаях отличия были в пользу пациентов, получивших паллиативное хирургическое лечение (табл. 1).

Таблица 1. Показатели качества жизни больных колоректальным раком, перенесших паллиативные операции, по сравнению с группой пациентов, перенесших симптоматические операции

Шкалы	Больные, перенесшие паллиативные операции	Больные, перенесшие симптоматические операции	p
Физическое благополучие	24,69±0,47	45,34±0,57	p<0,001
Социальное/семейное благополучие	22,11±0,46	34,38±0,43	p<0,001
Психоэмоциональное благополучие	7,39±0,34	15,59±0,32	p<0,001
Функциональное благополучие	34,17±1,02	63,94±0,9	p<0,001
Общие баллы по анкете	88,36±1,71	159,25±1,62	p<0,001

В рамках шкалы физического благополучия между группами исследуемых наблюдаются существенные различия: большинство больных, получивших симптоматические операции, жаловались на слабость, тошноту, испытывали боль, чувствовали себя больными и вынуждены были проводить много времени в постели, тогда как в более благоприятном положении по их собственной оценке находились больные, получившие паллиативное хирургическое лечение.

В рамках эмоционального состояния больные, получившие симптоматическое хирургическое лечение, в большой степени испытывали чувство тоски, раздражительности, теряли надежду в борьбе со своей болезнью, волновались о смерти, беспокоились, что состояние их ухудшится, тогда как больные после паллиативного хирургического лечения в большинстве надеются на выздоровление, управляют эмоциями, не поддаваясь грусти и нервным срывам. Надо отметить, что всем больным колоректальным раком, пролеченным в стационаре, врачи не говорят о настоящем диагнозе заболевания.

В рамках шкалы функционального благополучия все показатели КЖ у больных после паллиативного хирургического лечения достоверно выше ($p < 0,01$), чем у больных, получивших симптоматическое хирургическое лечение: они чувствовали себя более уверенно, большинство из них продолжили работать в своей прежней специальности после операции, намного меньше имели проблемы со сном и вообще были довольны качеством жизни в данный момент жизни, тогда как пациенты после симптоматической операции в большинстве испытывают трудности в выполнении даже домашней работы, имеют проблемы со сном, недовольны КЖ в данный момент.

Таким образом, можно сделать вывод, что, несмотря на паллиативный характер операции и неблагоприятный прогноз для жизни и здоровья у больных после паллиативного хирургического лечения, отношение к жизни более оптимистическое. А КЖ больных, получивших лишь симптоматическую операцию, значительно хуже по сравнению с оперированными больными и это отражается на всех составляющих КЖ.

Следует сказать, что и продолжительность жизни больных после паллиативных операций значительно выше, чем в группе пациентов с проведенными симптоматическими операциями (медиана выживаемости составила соответственно 10 месяцев против 5 месяцев соответственно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Паллиативные операции при диссеминированном колоректальном раке не только имеют «право на существование», но и должны применяться достаточно широко в клинической практике, поскольку они преследуют конечную цель паллиативной медицины – продление жизни больного и достижение наилучшего КЖ. КЖ пациентов, являясь основной целью паллиативной помощи, выступает и основным критерием ее эффективности. Благодаря возможности количественной оценки отдельных параметров КЖ становится возможным точно определять точки приложения оказания паллиативной помощи и

разрабатывать программу ее осуществления, что обеспечивает повышение эффективности и рациональное использование имеющихся возможностей. Кроме того, это обеспечивает индивидуальный подход к пациенту и способствует повышению степени его удовлетворенности оказываемой помощью, установления контакта с больным и его родственниками.

Литература

1. *Барсуков Ю. А., Алиев В. А.* Сборник материалов XIII российского онкологического конгресса, 2009. 125 с.
2. *Патютко Ю. И., Поляков А. Н., Сагайдак И. В.* Комбинированное лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени. Рус. мед. журн, 2009. rmj.ru.
3. *Doyle D.* The Essence of Palliative Care – A Personal Perspective. 2004 National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 2004, 12 p.
4. *Ионова Т. И., Новик А. А., Сухонос Ю. А.* Качество жизни онкологических больных. // Вопросы онкологии, 1998. Т. 44, № 6. С. 58-65.
5. *Новиков Г. А., Осипова Н. А., Прохоров Б. М., Вайсман М. А., Рудой С. В.* // Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным. М., 2004. 210 с.
6. *Aaronson N. K., Cull A., Kaasa S., Sprangers M.* The European Organisation (or Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology // Int. J. Ment. Health., 1994. Vol. 23. P. 75-96.
7. *Cella D. F.* Quality of life outcomes: measurement and validation // Oncology,-1996. Vol. 11. P. 233-246.
8. *Curbow B., Bowie J. V., Martin A. C. et al.* Quality of life in cancer chemotherapy randomised trials // Quality Life Res., 1997. Vol. 6. P. 684.
9. *Motsch C. and Begall K.* Quality of life following therapy of advanced pharyngeal carcinomas - radical surgery versus radiotherapy // Quality Life Res., 1997. Vol. 6/7. P. 692.
10. *Spilker B.* Quality of Life Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2nd edition. Lippincott-Raven, 1996.