

УДК 616.33-089.87(575.2)(04)

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

**Х.С. Бебезов** – докт. мед. наук, профессор,

**Б.Х. Бебезов** - докт. мед. наук, профессор,

**Л.С. Панибратец** – аспирант,

**А.Б. Буларкиев** – соискатель

Приведены результаты хирургического лечения 112 больных раком желудка. Всем больным выполнена радикальная гастрэктомия с наложением пищеводно-кишечного анастомоза по методу М.И. Давыдова и лимфодиссекцией в объеме D<sub>2</sub>.

*Ключевые слова:* рак желудка; гастрэктомия; индекс массы тела; качество жизни.

Рак желудка, несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению заболеваемости, по-прежнему сохраняет ведущее место в структуре онкологических заболеваний. На 2008 год в Кыргызской Республике рак желудка в структуре онкозаболеваний занимает первое место, стандартизированный показатель заболеваемости составил 11,9, а смертность – 10,2 %.

Единственным радикальным методом лечения рака желудка до настоящего времени является хирургический. Гастрэктомия – одна из основных операций в арсенале хирургического лечения больных раком желудка – достигает 70% от всех радикальных операций.

Современная тенденция к стандартизации хирургической техники и высокому технологическому оснащению операционной предопределяет получение близких или идентичных результатов после различных радикальных операций по поводу рака желудка. Различия в последствиях хирургического лечения лучше всего проявляются при изучении качественных итогов. Качество жизни больного после операции является важным критерием эффективности хирургического вмешательства и может быть использовано для сравнения программ лечения и оценки результатов лечения. На основании данных качества жизни могут быть описаны функциональные и психологические проблемы, с которыми сталкивается хирургический больной. Индивидуальный мониторинг качества жизни больного позволяет врачу убедиться в правильности и

эффективности хирургического вмешательства, проследить течение периода ранней и поздней реабилитации, а в случае необходимости внести коррективы в программу реабилитационных мероприятий.

**Материал и методы.** Изучены результаты хирургического лечения 112 больных раком желудка, оперированных в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального госпиталя МЗ КР в период с 2000 по 2009 год. Всем больным выполнена радикальная гастрэктомия с наложением пищеводно-кишечного анастомоза по методу М.И. Давыдова и лимфодиссекцией в объеме D<sub>2</sub>. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от варианта тонкокишечной пластики.

В первую группу вошли 50 больных раком желудка, которым выполнена реконструкция пищеварительного тракта длинной петлей тонкой кишки с брауновским соустьем.

Вторую группу составили 44 больных, которым выполнена реконструкция длинной петлей тонкой кишки с брауновским анастомозом, с наложением “заглушки” на приводящую петлю по А.А. Шалимову.

В третью группу включено 18 больных, которым пластика пищеварительного тракта выполнена выделенной по Ру петлей тонкой кишки.

Из 112 пациентов было 26 женщин, или 23,2%, 86 мужчин, или 76,8%. Возраст пациентов колебался от 23 до 74 лет.

При распределении больных по стадиям рака желудка получены следующие данные: во всех группах преобладали пациенты III стадии заболевания (64,2%; 59,3% и 61,1%, соответственно). Количество больных II и IV стадией рака желудка составило 19,2%, 25,1, 22,3 и 16,6, 15,6, 16,6% для групп соответственно.

Большинство пациентов во всех трех группах оперированы чрезбрюшинным доступом. Количество операций, выполненных комбинированным тораколапаротомным доступом, составило 21,9%, 28,1 и 27,7%, по группам соответственно.

В послеоперационном периоде каждые три месяца, в течение первых девяти месяцев, после хирургического лечения (в случае явки больного) проводили контрольное обследование, включающее изучение динамики массы тела, количественное определение общего белка и анкетирование качества жизни.

Оценка динамики массы тела выполнена методом расчета процента массы тела в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с массой тела пациента при выписке из стационара. При этом масса тела пациента при выписке принималась за 100%. Число меньше 100% означало отрицательную динамику массы тела, больше 100% – положительную. Также проводилась количественная оценка общего белка в крови при выписке, через три, шесть и девять месяцев после операции. Уровень качества жизни определяли анкетированием. Все пациенты до операции заполняли анкеты-вопросники, характеризующие общее качество жизни и симптомы, связанные с основным заболеванием. Опросником являлась комбинация анкеты EORTC QLQ – C30 (version 3,0), состоящая из 30 вопросов, и анкеты EORTC QLQ – STO 22, содержащие 22 вопроса, касающихся основного заболевания и функциональных нарушений вследствие проведенного лечения. Каждый вопрос анкеты соответствует определенному параметру качества жизни, значение которого выражается количеством баллов от 1 до 4 по линейной шкале. Таким образом, минимально возможное количество баллов составляет 52, а максимальное – 202. Следует отметить, что максимальное количество баллов свидетельствовало о плохом качестве жизни, минимальное – о хорошем.

**Результаты исследований.** В первой группе у 9 из 50 (18,0%) пациентов отмечалось осложненное послеоперационное течение. Из них четверо умерли в ближайшем послеоперационном периоде: причиной смерти одного больного яви-

лась мерцательная аритмия тахисистолической формы, желудочковая экстрасистолия, второго – ранняя спаечная кишечная непроходимость, у третьего и четвертого наблюдалась острая дыхательная недостаточность.

Во второй группе больных осложнения отмечены у трех из 44 пациентов, в раннем послеоперационном периоде умерло двое больных. В одном случае причиной смерти явилась левосторонняя застойная пневмония, в другом – восходящий пиелонефрит с последующим развитием острой почечной недостаточности.

В третьей группе пациентов осложнения раннего послеоперационного периода отмечены у двух из 18. В одном наблюдении послеоперационный период осложнился ранней динамической кишечной непроходимостью, которая после проведения комплексной интенсивной терапии разрешилась на 6-е сутки после операции. В одном случае отмечен реактивный плеврит слева.

Таким образом, послеоперационная летальность составила 5,3% (6 больных из 112).

Для объективной оценки отдаленных функциональных исходов различных методов реконструкции нами проанализированы изменения массы тела в отдаленном послеоперационном периоде и при выписке из стационара.

Динамика массы тела различалась в зависимости от способа операции. Через три месяца после гастрэктомии в первой и второй группах отмечено снижение массы 95,2±0,78 % и 99,7±0,17 % соответственно, а в третьей группе повышение – 100,5±0,26% (табл. 1).

Таблица 1  
Динамика массы тела, % от массы при выписке

Период времени, мес.	Группа		
	1	2	3
	N-82; n-36	N-82; n-36	N-82; n-16
3	95,2±0,78	99,7±0,17	100,5±0,26
6	93,1±0,85	97,6±0,75	100,6±0,26
9	92,9±0,80	95,9±1,04	101,7±0,41

Спустя шесть месяцев в первой и второй группах обнаружена отрицательная динамика, которая выражается в снижении массы тела в среднем до 93,1±0,85 % и 97,6±0,75 %, соответственно, в третьей группе этот показатель увеличен.

После девяти месяцев в первой и во второй группах отмечена дальнейшая отрицательная динамика, средняя масса пациентов составила  $92,9 \pm 0,80$  и  $95,9 \pm 1,04$  %, в третьей группе произошло увеличение массы тела по сравнению с предыдущими данными –  $101,7 \pm 0,41$  % (разница статистически достоверна  $p \leq 0,05$ ).

Видно, что более выраженный дефицит массы тела у больных первой и второй групп, тогда как в третьей группе отмечен положительный баланс массы тела.

Известно, что рак желудка вызывает существенное нарушение процессов абсорбции и белковообразовательной функции печени с выраженными проявлениями гипопроотеинемии [1, 2]. Нарушение белкового обмена у пациентов после гастрэктомии связано с выключением гепатопанкреатодуоденального звена из процессов пищеварения и ускоренным пассажем пищи по тонкой кишке. С целью верификации белкового обмена было проведено исследование сывороточного белка в крови у пациентов трех групп. В первой группе уровень общего белка варьировал от  $59,1$  до  $85$  г/л, во второй – от  $65,3$  до  $82,3$  г/л, в третьей – от  $62,1$  до  $78,2$  г/л. Как видно из табл. 2, средняя концентрация в группах до операции соответственно составила  $72,5 \pm 1,31$  г/л;  $71,6 \pm 0,88$  г/л;  $71,4 \pm 1,17$  г/л, при выписке из стационара  $55,6 \pm 0,71$  г/л;  $57,3 \pm 0,91$  г/л;  $57,8 \pm 1,32$  г/л соответственно.

Таблица 2

Динамика средних значений концентрации общего белка в сыворотке крови, г/л

Период времени, мес.	Группа		
	1	2	3
	N-82; n-36	N-82; n-28	N-82; n-16
До операции	$72,5 \pm 1,31$	$71,6 \pm 0,88$	$71,4 \pm 1,17$
При выписке	$55,6 \pm 0,71$	$57,3 \pm 0,91$	$57,8 \pm 1,32$
3	$70,5 \pm 0,56$	$71,4 \pm 0,81$	$73,5 \pm 1,16$
6	$72,4 \pm 0,41$	$73,5 \pm 0,61$	$76,4 \pm 1,05$
9	$73,2 \pm 0,22$	$74,2 \pm 0,55$	$77,5 \pm 0,77$

В отдаленные сроки выявлена зависимость концентрации общего белка в сыворотке крови от способа операции. Через три месяца после гастрэктомии в третьей группе концентрация

общего белка превысила предоперационный уровень и составила  $73,5 \pm 1,16$  г/л, тогда как в первой и второй группах составила  $70,5 \pm 0,56$  г/л и  $71,4 \pm 0,81$  г/л соответственно.

Через шесть месяцев после операции отмечено дальнейшее увеличение концентрации общего белка во всех группах: в первой и второй достигло  $72,4 \pm 0,41$  г/л и  $73,5 \pm 0,61$  г/л в третьей  $76,4 \pm 1,05$  г/л соответственно.

Через девять месяцев после гастрэктомии во всех группах также отмечено увеличение средней концентрации общего белка, однако в третьей группе она была выше для 1, 2 и 3 (разница статистически достоверна  $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, гастрэктомия с реконструкцией пищеварительного тракта у больных первой и второй групп не создает оптимальных условий для быстрой нормализации белкового обмена. В этих группах наблюдается достоверное нарушение белкового обмена со снижением общего количества сывороточного белка, стабилизирующегося только к шестому месяцу послеоперационного периода.

Общее содержание белка в крови у больных третьей группы почти не отклонилось от нормы. В разные сроки после операции в этой группе больных выявлены преимущества в динамике изменений, более раннем достижении предоперационного уровня концентрации и большими абсолютными значениями по сравнению с показателями в предыдущих группах.

В настоящее время под качеством жизни понимаются совокупность параметров, отражающих изменение течения жизни больного, оценку физического состояния, функциональных способностей, степени социальной адаптации и психологического благополучия на этапах развития заболевания, проводимого лечения и восстановительный период, основанный на субъективном восприятии самого больного [3, 4]. При определении качества жизни наибольшее значение имеет мнение самого человека, в котором отражаются и соотносятся все объективные и субъективные факторы, определяющие качество его жизни. Обязательное участие больного в оценке качества жизни является ценным и надежным показателем общего состояния и наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяет составить полную и объективную картину болезни [5].

Исследование качества жизни проводилось при помощи адаптированных анкет EORTC QLQ – C30 и EORTC QLQ – STO 22. Больные всех групп были опрошены при поступлении в

клинику, через три, шесть и девять месяцев после операции.

При анализе средних показателей суммы баллов в группах качество жизни до операции не отличалось и составило  $85,2 \pm 0,74$ ,  $85,3 \pm 0,87$  и  $85,9 \pm 0,94$  баллов, соответственно (табл. 3).

Таблица 3

Динамика средних показателей качества жизни

Период времени, мес	Группа		
	1	2	3
	N-82; n-36	N-82; n-28	N-82; n-16
До операции	$85,2 \pm 0,74$	$85,3 \pm 0,87$	$85,9 \pm 0,94$
3	$92,4 \pm 0,93$	$80,9 \pm 1,07$	$79,4 \pm 2,63$
6	$89,1 \pm 0,97$	$82,9 \pm 1,63$	$75,5 \pm 2,18$
9	$86,8 \pm 1,02$	$85,3 \pm 2,33$	$71,8 \pm 1,63$

Через три месяца после операции в первой группе качество жизни не достигло предоперационного уровня и составило  $92,4 \pm 0,93$  балла, тогда как во второй и третьей группах превысило его ( $80,9 \pm 1,07$  и  $79,4 \pm 2,63$  баллов соответственно). С увеличением сроков наблюдения у пациентов первой и третьей групп отмечалась

тенденция к повышению качества жизни, однако динамика изменения этого показателя была различной.

Так, в первой группе через шесть и девять месяцев после операции отмечено лишь незначительное повышение качества жизни, тогда как в третьей группе – стойкое (разница статистически достоверна  $p \leq 0,05$ ).

Во второй группе после гастрэктомии через три месяца после операции отмечен относительно высокий уровень качества жизни пациентов, однако в дальнейшем, на протяжении всего срока наблюдения, общее качество жизни ухудшалось и через девять месяцев составило  $85,3 \pm 2,33$  баллов.

Для оценки уровня качества жизни каждого пациента проведен кластерный анализ полученных данных. При этом выявлено, что значения выше 93 баллов соответствует низкому уровню качества жизни, значения от 93 до 79 баллов – удовлетворительному и значения менее 79 баллов – высокому.

Согласно полученным данным все пациенты при поступлении имели удовлетворительный уровень качества жизни (табл. 4). Несмотря на проведенное лечение, почти все больные первой группы не имели высокого уровня качества жизни во всех сроках наблюдения. Через 9 месяцев после операции низкий уровень качества жизни отмечен у шести пациентов, удовлетворительный – у 27 и лишь у трех больных – высокий.

Таблица 4

Распределение больных в зависимости от уровня качества жизни, балл

	Группа								
	1			2			3		
	N-82; n-36			N-82; n-28			N-82; n-16		
	Высокий	Удовлетворительный	Низкий	Высокий	Удовлетворительный	Низкий	Высокий	Удовлетворительный	Низкий
Количество больных до операции	0	36	0	0	28	0	0	16	0
Период времени, мес.									
3	1	16	19	11	16	1	9	5	2
6	1	24	11	12	10	6	12	3	1
9	3	27	6	12	7	9	14	2	0

У большинства пациентов второй группы установлено снижение уровня качества жизни в течение всего срока наблюдения. Так, через три месяца после операции низкий уровень качества жизни был у одного, удовлетворительный – у 16 и высокий – у 11 больных. К 9-му месяцу наблюдения получены следующие данные: низкий уровень качества жизни – у девяти пациентов, удовлетворительный – у семи и высокий – у 12 больных. Необходимо отметить, что у 14 больных этой группы выявлена реканализация приводящей петли в отдаленные сроки после операции, что привело к возникновению у больных рефлюкс-эзофагита различной степени тяжести анастомозитов и других заболеваний, связанных с забросом желчи в пищевод, что, несомненно, ухудшило уровень качества жизни после операции.

В третьей группе через три месяца после операции практически все больные имели удовлетворительный и высокий уровень качества жизни. Кроме того, на протяжении всего срока наблюдений отмечалась тенденция к увеличению количества больных с высоким уровнем качества жизни и к 9-му месяцу ни у одного из пациентов этой группы не наблюдался низкий уровень качества жизни.

Таким образом, у больных третьей группы качество жизни было лучше по сравнению с другими группами на протяжении всего срока наблюдений. У пациентов первой и второй групп, несмотря на высокий уровень качества жизни в ранние сроки после операции, в последующем, на протяжении дальнейшего периода наблюдения, этот показатель ухудшался, что связано с реканализацией приводящей петли в различные сроки после операции и развитием у больных постгастрэктомических синдромов. Качество жизни у пациентов первой группы улучшается с течением времени, но так и не достигает таких показателей, как в третьей группе.

Таким образом, результаты исследований достоверно показывают, что концентрация общего белка в сыворотке крови, индекс массы тела и уровень качества жизни достоверно выше в третьей группе. Метод пластикой пищеварительного тракта выделенной по Ру петлей тонкой кишки практически полностью исключает попадание желчи в область пищеводно-кишечного анастомоза и сам пищевод, что позволяет предупредить появления рефлюкс-эзофагита, анастомозита и других заболеваний, связанных с забросом желчи. Эвакуация пищи из Ру петли продолжительнее, чем при петлевой пластике, в результате чего значительно реже встречается демпинг-синдром, улучшаются процессы абсорбции, создаются более оптимальные условия для быстрой нормализации белкового обмена и повышения массы тела, что, несомненно, положительно отражается на качестве жизни пациентов, у которых оно достоверно выше, чем у пациентов других групп.

#### *Литература*

1. Конопля Е.Ф., Фишер М.Е., Яськевич Л.С., Машевский А.А. Белковообразовательная и пигментная функция печени у больных раком желудка // *Здравоохранение Белоруссии*. – 1979, №6. – С. 22–24.
2. Ионова Т.Н., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // *Онкология*. – 2000. – Т.2. – №1–2. – С. 25–27.
3. Горбунова В.А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных // *Матер. IV Рос. онк. конф.* – М., – 2000. – С.125–127.
4. Nagamachi Y Transposition of a colon segment as a gastric substitute after total gastrectomy // *Gastroenterol Surg.* – 1997. – №20. – P. 201–212.
5. Fass J., Bares R., Staude M., Schumpelick V. Type of stomach replacement and intestinal motility after total gastrectomy // *Leber Magen Darm.* – 1993. – №23(5). – P. 194, 197–203.