

Осомбаев М.Ш., Джекшенов М.Дж., Сарытаева М.О.

**ӨТҮШКӨН КОЛОРЕКТАЛДЫК КАРЦИНОМАСЫ
МЕНЕН ООРУГАН АДАМДАРДАГЫ ПАЛЛИАТИВДИК
ХИРУРГИЯЛЫК КИЙЛИГИШҮҮНҮН КӨЛӨМҮНҮН
ЖАШОО САПАТЫНА БОЛГОН ТААСИРИ**

Осомбаев М.Ш., Джекшенов М.Дж., Сарытаева М.О.

**ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ПАЛЛИАТИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ
С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

M.Sh. Osombaev, M.Dzh. Dzhekshenov, M.O. Sarytaeva

**INFLUENCE OF THE VOLUME OF PALLIATIVE SURGERY
ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH
METASTATIC COLORECTAL CANCER**

УДК: 616.006:616.34.55.6:614.02-616-03

Жоон ичегинин карциномасынын өтүшкөн түрлөрүн дарылоо маселеси клиникалык онкологиядагы эң татаал маселелердин бири. Эрте диагностиканын жакшырганына карабастан, диагностикалык этапта алыскы метастаздар 20% пациенттерде, дагы 25-30% дарылоодон кийинки байкоо учурунда аныкталат. Ушуга байланыштуу, дарылоонун натыйжалары көңүл жубатарлык эмес, бир жыл ичинде бейтаптардын 50%га жакыны көз жумат. Консервативдик антитуморалдык дарылоонун канааттандырарлык эмес натыйжалары метастаздык колоректалдык рагы менен ооруган бейтаптарды дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатуунун жаңы жолдорун издөө зарылчылыгын талап кылат. Макалалык паллиативдик жана симптоматикалык операциядан кийин жайылган колоректалдык рак менен ооруган адамдардын жашоо сапатын изилдөөгө арналган. Түз ичегинин рагы менен ооруган адамдарга циторедуктивдик операцияларды жасоонун максатка ылайыктуулугу, ал тургай, бир нече дарылангыс метастаздар менен ооруган, бул ишиктин оор асқынууларынан арылууга гана эмес, жашоонун сапатын бир кыйла жакшыртат.

Негизги сөздөр: метастаздык карцинома, жоон ичегинин карциномасы, түз ичегинин карциномасы, циторедуктивдик хирургия, жашоо сапаты, өтүшкөн карцинома, циторедуктивдик хирургия, жашоо сапаты, паллиативдик хирургия, паллиативдик жардам.

Проблема лечения запущенных форм колоректального рака является одной из сложных в клинической онкологии. Несмотря на совершенствование ранней диагностики, уже на этапе диагностики у 20% больных выявляют отдаленные метастазы, еще у 25-30% их обнаруживают при последующем динамическом наблюдении после лечения. В связи с чем результаты лечения остаются не утешительными,

около 50 % больных умирают в течении года. Неудовлетворительные результаты консервативного противоопухолевого лечения диктуют необходимость поиска новых путей повышения эффективности лечения пациентов с метастатическим колоректальным раком. Статья посвящена изучению качества жизни у больных осложненным диссеминированным колоректальным раком после паллиативного и симптоматического хирургического вмешательства. Показана целесообразность выполнения паллиативных операций в объеме удаления первичной опухоли, у больных колоректальным раком с множественными нерезектабельными метастазами, заключающаяся не только, избавлении от тяжелых осложнений опухоли, но и значительно улучшает качество жизни.

Ключевые слова: метастатический рак, диссеминированный рак, колоректальный рак, рак прямой кишки, циторедуктивные операции, качество жизни, паллиативная операция, паллиативная помощь.

The problem of treating advanced forms of colorectal cancer is one of the most difficult in clinical oncology. Despite the improvement of early diagnosis, already at the diagnostic stage, distant metastases are detected in 20% of patients, in another 25-30% they are detected during follow-up follow-up after treatment. In this connection, the results of treatment are not comforting, about 50% of patients die within a year. The unsatisfactory results of conservative antitumor treatment dictate the need to search for new ways to increase the effectiveness of treatment of patients with metastatic colorectal cancer. The article is devoted to the study of the quality of life in patients with complicated disseminated colorectal cancer after palliative and symptomatic surgery. The expediency of performing palliative operations in the volume of removal of the primary tumor in patients with colorectal cancer with multiple unresectable metastases is shown, which consists not only in getting rid of severe complications of

the tumor, but also significantly improves the quality of life.

Key words: *metastatic cancer, disseminated cancer, colorectal cancer, rectal cancer, cytoreductive surgery, quality of life, palliative surgery, palliative care.*

Введение. Более пятидесяти миллиона человек умирают в мире каждый год. Из них почти 5 млн погибают от онкологических заболеваний. Рак толстого кишечника или колоректальный рак (КРР) в мировой структуре онкологических заболеваний располагается на четвертом месте. Каждый год в мире выявляются и регистрируются около 2 миллионов вновь заболевших [1]. Невзирая на современные достижения в ранней диагностике и появление многих эффективных программ скрининга в различных странах, при первичном выявлении у 25-35% больных КРР находят синхронные отдаленные метастазы. И у 20-35% больных их выявляют при дальнейшем диспансерном мониторинге после терапии [2]. В связи с чем Всемирной организацией здравоохранения, установлен один из важнейших курсов сегодняшней онкологической помощи во всем мире, это постоянное усовершенствование предоставления паллиативной помощи онкологическим пациентам. Для каждого доктора и медсестры является обязательным использование актуальных на сегодняшний день положений паллиативной медицины при предоставлении помощи больным с запущенными формами онкологических заболеваний.

Паллиативная помощь охватывает огромный ряд аспектов – медицинских, общественных, психо-эмоциональных, культурных и духовных. Кроме борьбы с болью и других патологических симптомов, обязательны психо-социальная и духовная помощь больному. Равным образом необходимо поддержка близким при уходе за пациентом. Неделимый подход, консолидирующий различные аспекты паллиативной помощи, служит главным знаком высококвалифицированной онкологической практики, важный фрагмент которого есть паллиативная помощь.

Паллиативную помощь – определяют как заботу о больных с запущенными формами активно прогрессирующей болезни и небольшой ожидаемой продолжительностью жизни, и внимание сосредотачивается к предупреждению, устранению или облегчению страданий больных, содействию предельно возможного качества их жизни [3].

Основная идея «качества жизни» (КЖ) в настоящее время абсолютно вошло в медицинскую терминологию и широко применяется как в клинической практике, так и в научных исследованиях [4]. В литературе

одной из первых упоминаний словосочетания «качество жизни» появилось в начале XX века в работах Pigona, посвященных экономике и благосостоянию населения. Одной из первых попыток медицинского объяснения данного феномена сделал профессор Колумбийского университета США Karnovsky D.A. в 1947 году в опубликованной статье «Клиническая оценка химиотерапии при раке». Из этого следует, что первые больные, у которых качество жизни стало предметом исследования в медицинской практике, были пациенты с онкологическими заболеваниями. Вышеуказанная научная работа является зарождением науки о качестве жизни в целом. В России, так же как и на западе под качеством жизни осознается – совокупная характеристика физического, психо-эмоционального и общественного жизнедеятельности пациента, базирующееся на его индивидуальной оценке [1] а американские исследователи определяют КЖ как физическое, эмоциональное, социальное, финансовое и духовное благополучие индивидуума [5]. Традиционными критериями эффективности терапии больных онкологическими заболеваниями являются внутрибольничная летальность, 3-х и 5-ти летняя выживаемость, «опухолевый ответ», безрецидивная выживаемость и другие. Невзирая на то, что вышеперечисленные критерии обычно являются основными показателями эффективности терапии в онкологической практике, зачастую обнаруживается их недостаточность для определения обстоятельного анализа связанных с болезнью проблем у онкологических больных, не отражают состояние здоровья больного и его функциональных ресурсов в повседневной жизнедеятельности [6].

Современная медицинская модель в развитых странах мира, имеющая своей целью только устранение заболевания и восстановление функционирования человеческого организма, постепенно сменяется моделью, ориентированной на психо-социальный подход. Подобная концепция требует не только восстановления биологической функции организма, но и нормализации его психологического и социального функционирования [7].

С точки зрения современной медицины достижение максимального КЖ считается или основной, либо дополнительной целью лечения. Таким образом, КЖ является главной мишенью терапии при нозологиях, не суживающих показатели продолжительности жизни, и вспомогательной – при терапии пациентов нозологиями, лимитирующих продолжительность жизни (основной целью тогда будет повышение продолжительности жизни), КЖ предстает исключительной

целью терапии больных в инкурабельной стадии болезни [8].

Медицинская ценность степени КЖ обусловлена влиянием заболевания на повседневную жизнь человека. Важна возможность, посимптомного анализа состояния больного на основании показателя КЖ позволяет выбрать наиболее оптимальный способ лечения. Американское общество клинической онкологии (ASCO) и Национальный институт рака (NCI) приняли, КЖ как второй по ценности мерой оценки результатов противоопухолевого лечения за коэффициентом выживаемости и даже более важным показателем, чем первичный ответ опухоли на лечение [10].

В настоящее время КЖ является одним из главных показателей оценки результатов терапии онкологических пациентов, наравне с традиционными клиническими критериями (выживаемость, непосредственная эффективность лечения – “опухолевый ответ”, безрецидивная выживаемость). Для определения уровня КЖ наиболее общеприняты и распространены анкеты-опросники, заполняемые самими пациентами. В США и Европе имеются специальные центры, которые занимаются разработкой анкет-опросников КЖ. Имеются общие опросники, которые могут быть использованы для оценки КЖ при различных заболеваниях и специальные опросники для определенной группы заболеваний или одной нозологии. В настоящее время используется более 400 общих и специальных опросников.

Наиболее распространенными опросниками являются EORTC-C30 и FACT-G с дополнительными модулями для отдельных нозологических форм онкологических заболеваний в зависимости от локализаций опухоли. Данные опросники широко используются в многоцентровых клинических исследованиях в США, Европе и Канаде. Из интернета на сайтах соответствующих исследовательских организаций можно получить, подробное описание общих и специальных опросников, применяемых в онкологической практике [6;9].

Целью нашей работы явилось исследование влияния объема хирургического вмешательства на КЖ у пациентов с осложненным диссеминированным колоректальным раком, с помощью анкеты-опросника EORTC QLQ-C30. Проводился сравнительный анализ КЖ больных, после проведения хирургического вмешательства в объеме удаления первичной опухоли и у пациентов хирургическое вмешательство было в объеме устранении симптомов осложнений.

Материалы и методы. В научно-исследова-

тельской работе участвовало 68 пациентов осложненным диссеминированным колоректальным раком, при наличии нерезектабельных отдаленных метастазов. Из этого числа 36 пациентам проведено хирургическое вмешательство в объеме удаления первичной опухоли: 14 (39%) мужчин и 22 (61%) женщин, средний возраст которых составил – $55,3 \pm 2,84$ года. А 32 пациентам проведен 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. Стандартный основной опросник состоит из 30 вопросов, которые включают в себя функциональные и симптоматические шкалы. Также кроме того применялся модуль QLQ-CR29, который специально предназначен для отражения качества жизни больных с раком толстого кишечника [6].

Анонимное анкетирование пациентов с самостоятельным заполнением анкет-опросников проводилось спустя три месяца после хирургического вмешательства. По анкетам-опросникам подсчитывались цифровые значения и далее проводился статистический анализ с через компьютерные программы EXEL и SPSS 22. Кратко проводилось объяснение сущности анкеты-опросника и основные правила ее заполнения. После чего почти все пациенты смогли самостоятельно заполнить опросник без посторонней помощи. Среднее время составило 12 мин., которое требовалось для заполнения анкеты.

Методологическая основа, на которой базируется опросник, включает следующие положения:

- 1) Специфичность к онкопатологии.
- 2) Неоднородность в структуре (т. е. наличие нескольких шкал, характеризующих КЖ).
- 3) Возможность заполнения анкеты-опросника самостоятельно больным.
- 4) Приложимость в различных культурах.

Каждая из многопунктовых шкал включает различный набор вопросов, ни один из которых не повторяется в других шкалах. Анкета-опросник разработана так, чтобы во всех шкалах все ответы имели одинаковый диапазон значений от 1 до 4. Высокий ранг ответа в соответствующей шкале (4 балла) отражает наиболее высокую оценку, а низкий ранг (1 балл) – самую низкую оценку пациентом своего состояния здоровья по данному признаку. Расчет интегрированного показателя КЖ производили путем суммирования всех указанных пациентом чисел по 5 шкалам (признакам). Тем самым формировалась цифровая характеристика состояния здоровья, т.е. показатель КЖ

в баллах. Теоретически значения КЖ могут находиться в интервале от 0 до 120 баллов (от очень плохого до очень хорошего КЖ соответственно). Поскольку в ряде исследований было убедительно продемонстрировано расхождение в оценке КЖ между самим больным, его родственниками и лечащим врачом, главным условием анкетирования было то, что пациенты должны были самостоятельно заполнять предложенные анкеты без участия лечащего врача и членов семьи. Один или несколько вопросов привели в растерянность или были определенные трудности при ответе, примерно у 10% больных. Большая часть анкетированных пациентов были в восторге предоставленной возможности проинформировать о состоянии собственного самочувствия и настроения.

Результаты и обсуждение. В результате изучения данных критериев КЖ у пациентов раком толстого кишечника, сделало возможным выявление связи с клиническим проявлениями заболевания. В груп-

пе пациентов, проведенным хирургическое вмешательство в симптоматическом объеме, главным клиническим проявлением был болевой синдром. В большинстве случаев боли беспокоили в области локализации первичной опухоли. При локализации опухоли в прямой кишке в основном боли иррадиировали в поясничную и крестцовую область. В абсолютном большинстве пациенты отмечали выраженную общую слабость и ошутимое снижение массы тела.

Сопоставительном исследовании основных параметров КЖ у пациентов с осложненным диссеминированным колоректальным раком, которым проводились различные объемы хирургического вмешательства выявлены отличия по общему КЖ, по основным шкалам физического, эмоционального, функционального благополучия ($p < 0,01$), отмечается по всем шкалам различия в пользу больных, получивших хирургическое вмешательство в объеме удаления первичной опухоли (табл. 1).

Таблица 1

Основные показатели качества жизни у пациентов диссеминированным колоректальным раком, после хирургического лечения

Результаты обработки анкет EORTC QLQ-C30	Паллиатив.	Симптоматич.	Значение, p
Общий уровень здоровья	75,7	59,6	$p < 0,05$
Функциональные шкалы			
Физическое самочувствие	80,9	62,9	$p < 0,05$
Рольевые функции	81,5	60,7	$p < 0,05$
Эмоциональная сфера	74,1	64,0	$p < 0,05$
Когнитивные функции	73,8	62,4	$p < 0,05$
Социальная адаптация	72,1	55,1	$p < 0,05$
Шкалы симптомов			
Усталость	21,8	29,1	$p > 0,05$
Тошнота	5,2	4,6	$p > 0,05$
Боль	7,8	15,4	$p < 0,05$
Одышка	3,8	3,4	$p > 0,05$
Нарушения сна	8,6	14,9	$p > 0,05$
Потеря аппетита	4,0	5,6	$p > 0,05$
Запор	3,5	3,9	$p > 0,05$
Диарея	0,0	0,0	$p > 0,05$
Финансовые затруднения	33,9	35,6	$p > 0,05$

При исследовании шкалы физического благополучия выявлено существенные различия между группами: большую часть пациентов, перенесших симптоматический объем вмешательства беспокоили общая слабость, тошнота, болевой синдром. Они отмечали самих себя больными и отмечали необходимость проведения большей части времени на койке, и наоборот в более хорошем состоянии по их субъективной

оценке были пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство в объеме удаления первичной опухоли.

При исследовании шкалы эмоционального состояния пациенты, перенесшие симптоматический объем вмешательства в основном ощущали чувство тоски, повышенную раздражительность, потерю надежды в борьбе со своим заболеванием, мысль смерти

беспокоил значительно, отмечали постоянное ухудшение, и намного отличались результаты у пациентов перенесших хирургическое вмешательство в объеме удалении первичной опухоли, в основном них была надежда на выздоровление, они управляли своими эмоциями, не поддавались грусти и нервным срывам. Стоит отметить, что всем больным колоректальным раком, пролеченных в стационаре, врачи не говорят о настоящем диагнозе заболевания.

При исследовании шкалы функционального благополучия все показатели качества жизни у пациентов перенесших хирургическое вмешательство в объеме удалении первичной опухоли, достоверно выше ($p < 0,01$), по сравнению с пациентами, пациентов перенесших симптоматический объем вмешательств: все ощущали уверенность, многие продолжают трудиться в своих прежних местах работы, значительно наименьшей степени были проблемы со сном и достоверно были больше довольны КЖ в исследуемый момент жизни, напротив больные перенесших симптоматический объем вмешательств в основном имели определенные трудности в реализации работы по дому, отмечали проблемы со сном, были недовольны качеством жизни в данный момент.

Вышеизложенные данные позволяют сделать вывод, что, даже паллиативный характер операции и неблагоприятный прогноз выживаемости у пациентов перенесших хирургическое вмешательство в объеме удалении первичной опухоли, жизненная позиция намного оптимистичнее. А качество жизни пациентов, перенесших симптоматический объем вмешательств, ощутимо ниже по сравнению с пациентами у которых удалена первичная опухоль. И это проявляется во всех показательных критериях качества жизни.

Надо отметить, что и медиана выживаемости у пациентов перенесших хирургическое вмешательство в объеме удалении первичной опухоли значительно выше и составляет 10 месяцев, чем в группе больных, перенесших симптоматический объем вмешательств составил 5 месяцев. Объем хирургического вмешательства определяет КЖ пациентов.

Заключение. Таким образом, обобщая выше изложенное, следует подчеркнуть, что полученные показатели качества жизни свидетельствуют о разумности проведения паллиативных хирургических вмешательств в объеме удалении первичной опухоли у

пациентов осложненным диссеминированным колоректальным раком, даже при множественном метастатическом поражении печени (печень и другие органы). Объем хирургического вмешательства удаление первичной опухоли при осложненном диссеминированном колоректальном раке определенно имеет “право на существование”, а также должен использоваться широко в онкологической практике, так как оно отвечает главному требованию паллиативной помощи в онкологии – не только увеличить продолжительность жизни пациента, а также получения максимально лучшего уровня качества жизни.

Литература:

1. Наврузов С.Н., Алиева Д.А., Кулмиев Э.Э. Эпидемиология колоректального рака: мировые тенденции, заболеваемость раком ободочной кишки в Республике Узбекистан (2012–2017 гг.) //Тазовая хирургия и онкология. - 2020. - Т. 10. - №.1. -С. 56-63.
2. Патютко Ю.И., Поляков А.Н., Сагайдак И.В. Комбинированное лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени. // Рус. мед. журнал 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, 12p.
4. Осомбаев М.Ш. и др. Качество жизни пациентов со спаячной болезнью брюшной полости у больных колоректальным раком. // Наука, новые технологии и инновации. - 2016. - №.5. - С. 65-67.
5. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Качество жизни онкологических больных. // Вопросы онкологии. - 1998. - Т. 44. - №6. - С. 58-65.
6. 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.
7. 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.
8. Cella D.F. Quality of life outcomes: measurement and validation // Oncology.-1996.- Vol. 11.- P. 233-246.
9. 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.
10. 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.
11. Spilker B. Quality of Life Pharmacoeconomics in Clinical Trials.- 2nd edition.-Lippincott-Raven, 1996.