

Ю. А. Винник², В. В. Олексенко¹, Т. С. Ефетова¹, В. А. Захаров¹

¹ Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, кафедра онкологии

² Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра онкологии

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИХ ИЗМЕНЕНИЯ В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ

В статье приведены результаты исследования показателей качества жизни больных раком желудка методом анкетирования, используя для этого многофакторную анкету-опросник EORTC QLQ-C30. На основании изучения показателей определяющих качество жизни 496 больных раком желудка, как после установления диагноза, так и в отдаленные сроки наблюдений, спустя 12, 24 месяца после проведенного лечения, установлены основные факторы, которые оказывают влияние на динамику изменений качества жизни больных. Показано, что основными факторами, оказывающими свое влияние на показатели качества жизни больного раком желудка, являются: возраст, стадия заболевания, особенности течения рака, тип выполненного хирургического вмешательства, локализация опухоли в желудке, затем форма роста опухоли, характер и объем произведенного хирургического вмешательства. Установлено, что расширение оперативного вмешательства оказывает свое существенное влияние на показатели качества жизни больного, которые нельзя признать удовлетворительными. Доказано, что у больных с распространенным раком желудка выполнение паллиативных хирургических вмешательств существенно улучшает качество жизни в отдаленные сроки наблюдений, по сравнению с показателями накануне лечения. Оценка показателей качества жизни больных раком желудка свидетельствует о необходимости поиска путей улучшающих отдаленные функциональные результаты лечения, особенно у пациентов молодого и среднего, то есть наиболее трудоспособного возраста.

Ключевые слова: рак желудка, качество жизни, хирургическое лечение.

Рак желудка по прежнему занимает первое место среди злокачественных новообразований пищеварительной системы, и несмотря на то, что заболеваемость и смертность от рака желудка в последние годы несколько снизилась, ежегодно в мире регистрируется от 800 тысяч до 1 миллиона новых случаев рака желудка [15]. В Украине ежегодно регистрируется 16–17 тысяч новых случаев рака желудка, при этом в первый год умирает более половины больных [2]. Несмотря на достигнутые успехи в лучевой и химиотерапии в лечении рака желудка, данные методы лечения в качестве основных не рассматриваются. Именно хирургический метод лечения рака желудка, в качестве базового метода лечения, так и в комбинации с лучевой- химио- и гипертермией, на сегодняшний день продолжает оставаться «золотым стандартом», который позволяет надеяться если не на полное выздоровление больных раком желудка, то, по крайней мере, на увеличенные выживаемости [4, 9, 11, 12, 14].

Эффективность лечения, определяется в основном по таким показателям как летальность, наличие послеоперационных осложнений, продолжительность пребывания в стационаре, частота и степень выраженности различных расстройств, регистрируемых по данным лабораторных и инструментальных методов исследования в раннем

послеоперационном периоде, а также выживаемость. В последние годы существенно улучшились, как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения больных раком желудка, что позволило обратиться к недостаточно решенной не сегодняшний день проблеме – улучшению качества жизни больных. [1, 6]. Исследовательской группой ВОЗ в качестве оценки эффективности медицинской помощи предложен такой критерий, как адекватность лечения, под которым понимают необходимость достижения приемлемого для больного уровня качества жизни [10].

В последние годы понятие качество жизни широко исследуется в хирургии, гастроэнтерологии, кардиологии. Однако в отечественной онкологической литературе, сведения посвященные изучению качества жизни еще немногочисленны, а данные по изучению качества жизни больных раком желудка и вовсе носят единичный характер [3, 5]. Изучение качества жизни больного до начала и в процессе лечения позволяет получить многомерную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимое лечение, а анализ качества жизни при планировании программы лечения представляется важным с точки зрения учета индивидуальных черт больного. В связи с этим современные исследования результатов лечения злокачественных новообразований без включения

исследования качества жизни должны быть расценены как недостаточные.

Цель исследования – изучить динамику показателей качества жизни больных раком желудка в процессе хирургического лечения и установить факторы, которые оказывают непосредственное влияние на уровень качества жизни.

Материалы и методы исследования

В исследование вошли 496 больных раком желудка, которым, за период с 2006 по 2010 г., были произведены операции в объеме гастрэктомии – 315 (63,5%) больных (у 183 (58,1%) больных операция носила комбинированный характер) и 181 (36,5%) больной, которому была произведена субтотальная резекция желудка (у 40 (22,1%) пациентов операция также носила комбинированный характер). Возраст исследуемых больных составлял от 27 до 83 лет (60,1±9,4 года). Среди прооперированных было 277 (55,8%) мужчин (59,9±8,8 лет) и 219 (44,2%) женщин (60,3±10,4 года). Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 39 (7,9%) больных. Больные перенесшие оперативные вмешательства, которые закончились летальными исходами – 18 (3,6%), в материал исследования не вошли. На 10±2,3 сутки больные были выписаны из стационара.

Предоперационное обследование больных было стандартным для всех и включало рентгенографию желудка, фиброгастродуоденоскопию с прицельной биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию брюшной и грудной полости. В зависимости от стадии рака желудка все 496 больных были разделены на следующие группы: 0 стадия (TisN0M0) – 12 (2,4%) больных; IA стадия (T1N0M0) – 10 (2,0%); IB стадия (T1N1M0) (T2N0M0) – 67 (13,5%); II стадия (T2N1M0) (T3N0M0) – 115 (23,2%); IIIA стадия (T2N2M0) (T3N1M0) (T4N0M0) – 124 (25,0%); IIIB стадия (T3N2M0) (T4N1M0) – 81 (16,3%); IVA стадия (T4N2M0) – 37 (7,5); IVB стадия (ТлюбоеNлюбоеM1) – 50 (10,0%). Опухоль локализовалась в кардиальном отделе желудка без перехода на пищевод и своде желудка – у 44 (8,8%) больных, в теле желудка – у 259 (52,2%), в антрально-пилорическом отделе – у 193 (38,9%). Эндофитные и смешанные формы рака желудка выявлены у 265 (53,4%), экзофитные – у 231 (46,6%) больного. У 328 (66,1%) пациентов наблюдалось осложненное течение рака желудка – у 170 (34,3%) анемия различной степени выраженности и у 158 (31,8%) стеноз выходного отдела желудка.

В соответствии с определением радикальности хирургических вмешательств, все операции у больных раком желудка были распределены на три типа: тип А (радикальные) – 204 (41,1%);

тип В (условно-радикальные) – 242 (48,8%); тип С (паллиативные) – 50 (10,1%). Вне зависимости от локализации, формы роста, степени местного распространения, возраста и общего состояния больного лимфодиссекция в объеме D2 выполнялась у пациентов всех групп.

Подавляющему большинству больных раком желудка (368 – 74,2%) проведено комбинированное лечение, которое предусматривало проведение адъювантной химиотерапии. Принципиальных расхождений по схемам химиотерапии среди пациентов исследуемых групп не было. Базовым препаратом для проведения химиотерапии был препарат 5-фторурацил и его аналог фторафур. Вторым по частоте применения, являлся химиопрепарат капецитабин. Среднее число курсов адъювантной химиотерапии препаратами фторурацила составило 4,3, среднее число курсов адъювантной химиотерапии капецитабином составило 3,2.

К наиболее применяемым методикам оценки качества жизни относятся анкеты-опросники, а в основу шкалы оценок данные измерения степени приближения выявленных отклонений к уровню нормальной жизни. Имеется множество (более 400 общих и специальных опросников), однако в онкологии наиболее распространенным является опросник EORTC QLQ-C30 [13], который используется в многоцентровых рандомизированных исследованиях в Европе, Канаде, в ряде протоколов в США, а также принят в Украине. Данный опросник применяется для оценки качества жизни больных независимо от типа онкологического заболевания. Теоретическая основа, заложенная в данном опроснике, состоит в том, что у человека со злокачественным процессом некоторые параметры качества жизни приобретают определенные значения и их можно идентифицировать и измерить. На основании оценки качества жизни, проведенной самим больным, можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния здоровья больного. В нашей работе с целью определения показателей характеризующих качество жизни больных раком желудка, перенесших хирургическое лечение и химиотерапию, мы применили метод анкетирования, используя для этого многофакторную анкету-опросник EORTC QLQ-C30 в нашей модификации, которая включает в себя 30 вопросов и состоит из 5 функциональных шкал (физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие), целого ряда шкал симптоматики (слабость, одышка, тошнота, рвота, запор, понос, боль, потеря аппетита и ряда других), а также шкал общих показателей, отражающих качество жизни. 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, выражаемый в 4 балла в соответствующей шкале, отражает наиболее высокую оценку, а низкий ранг в 1 балл – самую низкую оценку пациентом своего состояния здоровья по данному признаку. Расчет интегрированного показателя качества жизни производили путем суммирования всех указанных пациентом чисел по всем шкалам (признакам). Тем самым формировалась цифровая характеристика состояния здоровья, то есть показатель качества жизни в баллах. Теоретически значения показателей, характеризующих качество жизни, согласно анкете-опроснику EORTC QLQ-C30, могут находиться в интервале от 0 до 120 баллов (от очень плохого до очень хорошего качества жизни соответственно).

Поскольку в ряде исследований было убедительно продемонстрировано расхождение в оценке качества жизни между самим больным, его родственниками и лечащим врачом [7, 8], главным условием анкетирования больных было то, что пациенты должны были самостоятельно заполнять предложенные анкеты, без участия лечащего врача и членов семьи.

Анкетирование произведено у 496 больных раком желудка накануне хирургического лечения, а также у 257 (51,8%) больных через 12 месяцев после произведенного оперативного вмешательства и у 109 (21,9%) пациентов спустя 24 месяца после операции. В общей сложности на основании анкетирования мы имеем возможность проанализировать показатели качества жизни у 366 (73,8%) больных раком желудка в отдаленные сроки наблюдений.

Результаты исследования и их обсуждение

Если брать во внимание, что показатели качества жизни практически здорового человека составляют 120 баллов, средние показатели качества жизни у больных раком желудка после установления диагноза и до начала лечения составили $69,3 \pm 14,3$ балла. Через 12 месяцев после хирургического лечения средний балл увеличился до $76,6 \pm 9,5$ ($p > 0,05$), а через 24 месяца после операции составил $76,5 \pm 11,0$ ($p > 0,05$) балла.

Несмотря на положительную, на первый взгляд, динамику изменений в качестве жизни больных раком желудка в ходе хирургического лечения, нельзя согласиться с тем, что эти общие данные могут отражать полную картину динамики показателей качества жизни больных в процессе проводимого комбинированного лечения. В этом мы убедились, детально проанализировав исследуемых больных.

Всех больных мы разделили на 2 группы. I группа – 249 (68,0%) больных, у которых после проведенного хирургического лечения отмечались улучшения показателей качества жизни и II группа – 117 (32,0%) пациентов, у которых на-

блюдалась отрицательная динамика роста показателей качества жизни (табл. 1).

Таким образом, изначально у больных I группы показатели качества жизни были достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем показатели качества жизни у больных II группы. После хирургического лечения рака желудка, у больных I группы отмечалось достоверное ($p < 0,01$) улучшение показателей качества жизни, как через 12 месяцев и это улучшение отмечалось также спустя 24 месяца после лечения ($p < 0,001$). При этом, у пациентов II группы спустя 12 месяцев после проведенного хирургического вмешательства отмечался некоторый рост показателей качества жизни ($p > 0,05$), но спустя 24 месяца после лечения средние показатели качества жизни этой группы больных не отличались от аналогичных показателей качества жизни накануне лечения ($p > 0,05$).

Для того чтобы выяснить причины столь разных изменений в показателях качества жизни больных раком желудка в процессе проведенного лечения, мы попытались установить те факторы, которые могут оказывать свое влияние на динамику изменений показателей качества жизни.

Так, средний возраст больных раком желудка I группы составлял $68,7 \pm 8,3$ лет. В этой группе больных накануне лечения отмечались самые низкие показатели качества жизни ($66,2 \pm 2,3$ балла). Средний возраст больных раком желудка II группы составлял $51,8 \pm 5,3$ года. У этой группы больных отмечались достоверно ($p < 0,001$) более высокие показатели качества жизни накануне лечения ($76,5 \pm 1,4$ балла). После проведенного лечения у пациентов пожилого и старческого возраста ($68,7 \pm 8,3$ лет) наблюдались улучшения показателей качества жизни, как через 12 месяцев ($p < 0,01$), так и спустя 24 месяца после операции ($p < 0,001$). В противоположность им, лечение не оказывало положительного влияния на показатели качества жизни тех пациентов, которые относятся к средней возрастной группе ($51,8 \pm 5,3$ года). Отмечалось некоторое улучшение показателей качества жизни у этих пациентов спустя 12 месяцев после операции ($P > 0,05$), однако через 24 месяца показатели качества жизни у этой группы больных снижались.

Из этого вытекает первый вывод – возраст больного раком желудка служит одним из факторов, который влияет на качество жизни, как накануне, так и после проведенного лечения.

Вторым фактором, который может оказывать свое влияние на показатели качества жизни больного раком желудка является стадия заболевания. В таблице 2 представлены средние баллы показателей качества жизни больных раком желудка в зависимости от стадии злокачественного процесса. Наибольший интерес представляет средний балл качества жизни накануне лечения, поскольку в дальнейшем, на показатели качества жизни будут уже, в большей степени, влиять

вид, объем выполненного оперативного вмешательства, а также наличие послеоперационных осложнений. Необходимо отметить, что распределение больных по стадиям рака осуществлялось уже после морфологического исследования операционного материала. При этом, как видно из таблицы, уже накануне операции у больных с различными стадиями рака желудка показатели качества жизни отличались, что в свою очередь, во-первых, не ставит под сомнение непредвзятость исследования, а во-вторых, указывает на то, что показатель качества жизни зависит от степени распространения злокачественного процесса. Самый высокий показатель качества жизни наблюдался у больных с 0 (TisN0M0) стадией рака желудка, хуже всего были показатели качества жизни больных с распространенным раком желудка IVB стадии, при наличии отдаленных метастазов ($p < 0,001$).

У 328 (66,1%) больных раком желудка наблюдалось осложненное течение заболевания. Качество жизни пациентов этой группы было достоверно ($p < 0,01$) хуже ($66,8 \pm 1,3$) качества жизни больных с не осложненным раком желудка ($73,9 \pm 1,6$). Среди больных с осложненным раком желудка, показатели качества жизни пациентов с анемией ($68,8 \pm 1,2$) были выше ($p < 0,02$) по сравнению с этими же показателями качества жизни больных со стенозом выходного отдела желудка ($65,1 \pm 1,3$). Следовательно, на качество жизни больных раком желудка оказывают влияния те осложнения, которые могут возникнуть в ходе течения заболевания.

Еще один фактор – локализация опухоли в желудке. Лучшие показатели качества жизни

отмечены у больных с локализацией рака в кардиальном отделе и своде желудка ($76,1 \pm 1,3$). Необходимо отметить, что у этой группы исследованных больных не наблюдалось перехода опухоли на пищевод. Достоверно ($p < 0,001$) хуже отмечались показатели качества жизни больных с локализацией рака в теле ($68,3 \pm 1,4$) и антральном отделе желудка ($69,7 \pm 1,6$). При этом показатели качества жизни больных с локализацией опухоли в теле или антральном отделе достоверно не отличались между собой ($p > 0,05$).

Показатели качества жизни больных с экзофитными формами рака желудка хоть и были несколько выше ($70,6 \pm 1,4$), по сравнению с этими же показателями больных у которых наблюдались эндофитные формы рака ($68,0 \pm 1,4$), однако статистически достоверной разницы между ними не было выявлено ($p > 0,05$). В связи с этим нельзя рассматривать отдельно форму рака желудка, как самостоятельный определяющий фактор качества жизни больного.

Нами проведен анализ показателей качества жизни (КЖ) больных в зависимости от вида и объема выполненных хирургических вмешательств (табл. 3).

Операцией выбора, при локализации опухоли в кардиальном отделе, дне и теле желудка, была или стандартная гастрэктомия (ГЭ) – у 132 больных, или комбинированная гастрэктомия (КГЭ), выполненная у 183 больных. Отмечено достоверное ($p < 0,001$) улучшение показателей качества жизни уже через 12 месяцев после операции, причем после стандартной гастрэктомии этот показатель был несколько выше ($77,5 \pm 1,6$), чем после комбинированной гастрэктомии ($75,0 \pm 1,0$),

Таблица 1

Средние показатели качества жизни больных раком желудка различных групп накануне и после хирургического лечения (в баллах)

Сроки наблюдений	I группа больных		II группа больных		P
Накануне лечения	66,2±2,3		76,5±1,4		<0,001
Через 12 месяцев	75,1±2,5		79,9±1,8		>0,05
Через 24 месяца	76,4±1,5		76,7±1,8		>0,05
	<0,01*	<0,001**	>0,05*	>0,05**	

Примечания: * достоверность различий между показателями качества жизни больных накануне лечения и через 12 месяцев;
** достоверность различий между показателями качества жизни больных накануне лечения и спустя 24 месяца

Таблица 2

Средние баллы показателей качества жизни больных раком желудка в зависимости от стадии

Показатели качества жизни	Стадия рака желудка							
	0	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IVA	IVB
До операции	76,7±1,9	70,0±2,7	70,3±1,6	71,0±1,2	69,6±1,0	69,0±1,6	75,0±1,2	57,7±1,3
Через 12 месяцев	79,2±2,2	78,7±1,8	78,9±1,5	78,0±1,7	77,7±1,9	77,9±1,9	72,4±1,9	68,1±1,6
Через 24 месяца	70,0±1,5	86,0±2,6	79,1±1,3	78,3±1,5	77,9±1,7	73,2±1,6	75,4±1,8	70,6±2,8

однако достоверной разницы между этими показателями не отмечено ($p > 0,05$). Спустя 24 месяца показатели качества жизни больных перенесших стандартную гастрэктомию составляли $77,3 \pm 1,4$, а у пациентов после комбинированной гастрэктомии – $73,8 \pm 1,3$, что также достоверно выше ($p < 0,001$) дооперационных данных. Достоверной разницы между показателями качества жизни больных через 12 и 24 месяца не отмечено ($p > 0,05$), однако отмечено, что качество жизни пациентов перенесших комбинированное хирургическое вмешательство через 24 месяца было достоверно хуже ($p < 0,05$).

При локализации опухоли в антральном отделе желудка, у 141 больного произведена субтотальная резекция желудка (СРЖ), у 40 – комбинированная субтотальная резекция желудка (КСРЖ). Через 12 месяцев, также, как и после стандартной гастрэктомии, после стандартной субтотальной резекции желудка отмечено достоверное улучшение показателей качества жизни больных ($p < 0,001$), при этом, этот показатель был выше ($78,5 \pm 0,2$), чем после комбинированной субтотальной резекции желудка ($71,9 \pm 1,5$). Отмечено достоверное различие ($p < 0,001$) между показателями качества жизни больных после перенесенной стандартной и комбинированной субтотальной резекции желудка в пользу стандартной операции. Через 24 месяца показатели качества жизни больных перенесших стандартную субтотальную резекцию желудка составляли $79,6 \pm 2,0$, перенесших комбинированную – $76,0 \pm 1,4$, что также достоверно было выше ($p < 0,001$) дооперационных данных. Существен-

ной разницы между показателями качества жизни через 12 месяцев и спустя 24 месяца у больных после стандартной субтотальной резекции желудка не отмечено ($p > 0,05$), но отмечена эта разница ($p < 0,05$) после комбинированного вмешательства, в сторону его улучшения через 24 месяца. При этом качество жизни больных перенесших стандартную и комбинированную субтотальную резекцию желудка спустя 24 месяца достоверно не отличались ($p > 0,05$).

В свою очередь, проведя сравнение показателей качества жизни больных перенесших стандартные операции (гастрэктомию и субтотальную резекцию желудка), а также сравнив показатели качества жизни больных перенесших комбинированные операции (комбинированную гастрэктомию и комбинированную субтотальную резекцию желудка), мы не отметили достоверной разницы ($p > 0,05$), как через 12 месяцев после операции, так и спустя 24 месяца. Отметим только, что через 12 месяцев, лучшие показатели качества жизни отмечены у больных перенесших стандартную субтотальную резекцию желудка ($78,5 \pm 0,2$), худшие – у больных после комбинированной субтотальной резекции желудка ($71,9 \pm 1,5$). Пациенты перенесшие, как стандартную гастрэктомию ($77,5 \pm 1,6$), так и комбинированную гастрэктомию ($75,0 \pm 1,0$) достоверных различий в показателях качества жизни не имели ($p > 0,05$).

Через 24 месяца после операции лучшие показатели качества жизни, по-прежнему, наблюдались у больных перенесших стандартную субтотальную резекцию желудка ($79,1 \pm 2,0$), худшие – у больных

Таблица 3

**Средние баллы показателей качества жизни больных раком желудка
в зависимости от локализации опухоли и вида хирургического вмешательства**

Локализация опухоли	n	Ср. балл КЖ накануне лечения	Вид операции	Сроки наблюдений после операции			
				Через 12 месяцев		Через 24 месяца	
				n	Ср. Балл КЖ	n	Ср. Балл КЖ
Кардиальный отдел, дно и тело желудка	303	$69,4 \pm 1,4$	ГЭ	78	$77,5 \pm 1,6$	37	$77,3 \pm 1,4$
			КГЭ	82	$75,0 \pm 1,0$	41	$73,8 \pm 1,2$
Антральный отдел желудка	193	$69,7 \pm 1,6$	СРЖ	74	$78,5 \pm 0,2$	19	$79,6 \pm 2,0$
			КСРЖ	23	$71,9 \pm 1,5$	12	$76,0 \pm 1,4$

Примечания: ГЭ – гастрэктомию, КГЭ – комбинированная гастрэктомию, СРЖ – субтотальная резекция желудка, КСРЖ – комбинированная субтотальная резекция желудка

Таблица 4

**Средние баллы показателей качества жизни больных раком желудка
в зависимости от характера выполненного хирургического вмешательства**

Тип операции	n	Ср. Балл КЖ накануне лечения	Сроки наблюдений после операции			
			Через 12 месяцев		Через 24 месяца	
			n	Ср. балл КЖ	n	Ср. балл КЖ
Тип А	204	$72,0 \pm 1,9$	139	$78,7 \pm 1,8$	75	$79,3 \pm 1,7$
Тип В	242	$71,2 \pm 1,3$	93	$76,0 \pm 1,9$	26	$75,5 \pm 1,7$
Тип С	50	$57,7 \pm 1,3$	25	$68,1 \pm 1,6$	8	$70,6 \pm 2,8$

после комбинированной гастрэктомии ($73,8 \pm 1,2$).

Таким образом, вид операции выполняемой по поводу рака желудка (проводя сравнение гастрэктомии и субтотальной резекции, или комбинированной гастрэктомии и комбинированной субтотальной резекции) существенной разницы на показатели качества жизни больного, как через 12 месяцев, так и спустя 24 месяца не оказывает. В свою очередь, при местно распространенном раке желудка, расширение оперативного вмешательства до комбинированной гастрэктомии или комбинированной субтотальной резекции желудка оказывает свое влияние на показатели качества жизни больного не в пользу комбинированной операции.

Не отмечена также достоверная разница через 12 месяцев после операции ($p > 0,05$) в показателях качества жизни больных у которых в раннем послеоперационном периоде наблюдались осложнения ($73,2 \pm 1,2$), по сравнению с больными, у которых этих осложнений не было ($74,9 \pm 3,5$). Спустя 24 месяца разница в показателях качества жизни больных этих групп и вовсе отсутствовала ($76,3 \pm 2,3$ и $76,5 \pm 4,6$; $p > 0,05$). На основании этого можно отметить, что, или послеоперационные осложнения оказывают свое влияние на показатели качества жизни оперированных больных в более ранние сроки наблюдений, то есть в первые месяцы, или, для установления более достоверных результатов исследования, число наблюдений было не достаточно. Однако, если рассматривать каждое послеоперационное осложнение отдельно, то можно указать, что самый низкий показатель качества жизни был у больного с панкреонекрозом – 50 баллов через 3 месяца и 58 баллов спустя 6 месяцев.

Определенный интерес представляет выяснение характера изменений показателей определяющих качество жизни больных раком желудка в зависимости от радикальности выполненных хирургических вмешательств. Мы распределили больных исследуемых групп по характеру выполненного хирургического вмешательства на радикальные операции (тип А), условно-радикальные (тип В) и паллиативные (тип С). К типу А мы отнесли тех пациентов, у которых после выполненного хирургического вмешательства отсутствовала резидуальная опухоль. Согласно стадированию, проведенному после морфологического исследования операционного материала, в эту группу вошли больные с T1-T2, N0-N1 стадиями. К типу В мы отнесли больных с отсутствием резидуальной опухоли после хирургического вмешательства, однако с вероятным наличием субклинических опухолевых очагов. В данную группу мы включили больных с T3-T4, N2 стадиями. К типу С были отнесены больные с наличием резидуальной опухоли после проведенного хирургического вмешательства.

Проанализировав показатели качества жизни

мы установили, что еще накануне планируемого хирургического лечения у пациентов с распространенным раком желудка (тип С) эти показатели ($57,7 \pm 1,3$) были достоверно $p < 0,001$ хуже по сравнению с показателями качества жизни больных у которых имел место только местно-распространенный злокачественный процесс (тип В – $71,2 \pm 1,3$) и тем более, хуже ($p < 0,001$) чем у больных с ранними стадиями рака желудка (тип А – $72,0 \pm 1,9$). При этом показатели качества жизни больных со стадиями T1-T2 N0-N1 и T3-T4 N2 не имели существенных различий ($p > 0,05$) (табл. 4).

Обращает на себя внимание, что спустя 12 месяцев показатели качества жизни больных всех групп достоверно улучшались. Причем у больных, у которых были произведены паллиативные операции, эти показатели имели наиболее существенные ($p < 0,001$) признаки улучшения по сравнению с дооперационными ($68,1 \pm 1,6$ и $57,7 \pm 1,3$ соответственно). Среди больных, которым были выполнены условно-радикальные операции, показатели качества жизни также были выше ($p < 0,05$) по сравнению с дооперационными ($76,0 \pm 1,9$ и $71,2 \pm 1,3$ соответственно). Также и среди пациентов которым были произведены радикальные операции – $p < 0,01$ ($76,7 \pm 1,8$ и $72,0 \pm 1,9$ соответственно).

Проводя сравнение показателей качества жизни через 12 и 24 месяца после лечения нельзя отметить существенной разницы ($p > 0,05$) в качестве жизни больных всех групп наблюдений. Однако, надо признать, что показатели качества жизни по-прежнему оставались на высоком уровне, особенно в сравнении с дооперационными данными (тип А – $p < 0,001$, тип В – $p < 0,05$, тип С – $p < 0,001$).

Сравнив показатели качества жизни больных, которым были выполнены радикальные и условно-радикальные операции мы не отметили достоверной разницы ни через 12 месяцев ($78,7 \pm 1,8$ и $76,0 \pm 1,9$; $p > 0,05$) ни через 24 месяца ($79,3 \pm 1,7$ и $75,5 \pm 1,7$; $p > 0,05$) прошедшие после лечения. В тоже время обращает на себя внимание тот факт, что несмотря на то что среди больных которым были выполнены паллиативные операции показатели качества жизни спустя 24 месяца хоть и были ниже, по сравнению с пациентами после условно-радикальных операций, однако достоверной разницы мы не отметили ($p > 0,05$). В связи с этим можно констатировать, что тип проведенного хирургического вмешательства оказывает свое влияние на показатели качества жизни, особенно у больных с распространенным раком желудка, существенно улучшая их, что еще раз говорит в пользу выполнения паллиативной гастрэктомии и резекции желудка.

Возвращаясь к началу нашего исследования, проведем анализ причин возникающих изме-

нений в показателях качества жизни больных раком желудка в ходе хирургического лечения. При сравнении 249 больных I группы, у которых наблюдались улучшения показателей качества жизни и 117 пациентов II группы, у которых улучшения не было выяснилось, что возраст больных I группы составлял $68,7 \pm 8,3$ лет, а больных II группы $51,8 \pm 5,3$ года ($p < 0,05$). Кроме того, среди больных I группы преобладали пациенты с распространенным раком желудка – IVA и IVB (51 – 20,5% против 14 – 12,0% во II группе), у которых наблюдалось осложненное течение рака желудка (172 – 69,1% против 70 – 59,8% во II гр.), с локализацией рака в кардиальном отделе и своде желудка (26 – 10,4% против 7 – 6,0% во II гр.), и инфильтративной формой роста (139 – 55,8% против 56 – 47,8% во II гр.)

При этом, среди больных II группы преобладали пациенты с I и II стадией рака (52 – 44,4% против 97 – 38,9% в I гр.), с локализацией опухоли в теле и антральном отделе желудка (110 – 94,0% против 223 – 89,5% в I гр.), и экзофитной ее формой роста (61 – 52,1% против 109 – 43,7% в I гр.).

Доля больных подвергнутых, как стандартным операциям (129 – 51,8% в I гр. и 60 – 51,3% во II гр.), так и комбинированным (119 – 47,8% в I гр. и 56 – 47,8% во II гр.), а также с развившимися послеоперационными осложнениями (10 – 4,0% в I гр. и 5 – 4,2% во II гр.) была одинаковой в обеих группах.

Эти данные свидетельствуют о положительном влиянии, как радикального, так и паллиативного хирургического вмешательства на показатели качества жизни больных пожилого и старческого возраста, страдающих распространенным, инфильтративным раком желудка, имеющим осложненное течение и локализующимся

преимущественно в кардиальном (без перехода на пищевод) отделе и своде желудка. В тоже время, у больных молодого и среднего возраста, с экзофитными формами рака желудка I и II стадии, располагающимися в теле и антральном отделе желудка, несмотря на проведенное хирургическое лечение, показатели качества жизни, через 24 месяца после операции, не улучшаются, по сравнению с показателями накануне лечения.

Выводы

1. Основными факторами, оказывающими свое влияние на показатели качества жизни больных раком желудка, являются возраст пациента, стадия заболевания, тип хирургического вмешательства, течение и локализация опухоли в желудке, форма роста опухоли, характер и объем произведенных оперативных вмешательств.

2. При местно распространенном раке желудка, расширение оперативного вмешательства оказывает свое существенное влияние на показатели качества жизни больного, которые нельзя признать удовлетворительными, особенно после комбинированной гастрэктомии.

3. У больных с распространенным раком желудка выполнение паллиативных хирургических вмешательств существенно улучшает качество жизни в отдаленные сроки наблюдений.

4. Учитывая, что у больных раком желудка молодого и среднего возраста после хирургического лечения, показатели качества жизни гораздо хуже, по сравнению с пациентами пожилого возраста, необходим поиск путей улучшающих отдаленные функциональные результаты лечения данного контингента больных, тем более что это лица наиболее трудоспособного возраста.

Список литературы

1. Абдуллаев А. А., Керимов А. Х., Алиев А. Р. Особенности улучшения качества жизни больных раком после операций на органах пищеварительной системы // *Материалы IV съезда онкологов и радиологов стран СНГ*, 28.09–01.10.2006. – Баку, 2006. – С. 342.
2. Бондарь Г. В., Думанский Ю. В., Попович А. Ю., Бондарь В. Г. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе // *Онкология*. – 2006. – Т. 8. – № 2. – С. 171–175.
3. Бондарь Г. В., Думанский Ю. В., Сидюк А. В., Ищенко Р. В. Изучение качества жизни больных с метастазами в печень рака желудка при использовании внутриартериальной химиотерапии // *Український журнал хірургії*. – 2011. – № 4 (13). – С. 106–109.
4. Давыдов М. И. Современная стратегия онкохирургии // *Вестник Российской академии медицинских наук*. – 2001. – № 4. – С. 43–46.
5. Думанский Ю. В., Заика А. Н., Ефимочкин О. Е., Халецкий И. В. и др. Качество жизни больных раком желудка при различных методах постгастрэктомической реконструкции // *Новоутворення*. – 2007. – № 1. – С. 79–82.
6. Ионова Т. И., Новик А. А., Сухonos Ю. А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // *Онкология*. – 2000. – № 1–2. – С. 25–27.
7. Крылов Н. Н. Кто должен определять уровень качества жизни? // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 1996. – № 4. – С. 318.
8. Оноприев В. И., Корочанская Н. В., Клименко Л. И. Перспективы исследования качества жизни в хирургической гастроэнтерологии // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2001. – № 5. – С. 19–24.
9. Скоропад В. Ю., Бердов Б. А. Неoadъювантная лучевая, химиолучевая и химиотерапия местно-распространенного рака желудка // *Вопросы онкологии*. – 2006. – Т. 52. – № 1. – С. 15–24.
10. Смикодуб О. І., Радзієвська Л. В. Проблеми якості життя хворих онкологічного профілю та сучасні можливості їх вирішення // *Онкология*. – 2001. – № 2–3. – С. 220–226.
11. Стилиди И. С., Неред С. Н., Рябов А. Б. Рак желудка // *Проблемы клинической медицины*. – 2005. – № 4. – С. 16–20.
12. Тер-Ованесов М. Д., Буйденко Ю. В., Полоцкий Б. Е. и др. Гипертермическая интраперитонеальная химиоперфузия в комбинированном лечении местно-

распространенного и диссеминированного рака желудка и других форм опухолей // *Материалы XI Российского онкологического конгресса, 20–22 ноября 2007.* – Москва, 2007. – С. 40–43.

13. Aaronson N. K., Cull A., Kaasa S., Sprangers M. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology // *Int. J. Ment Health.* – 1994. –

№ 23. – P. 75–96.

14. Wansik K. Y. Prospektive randomized trial of early postoperative intraperitoneal chemotherapy in advanced gastric cancer: A final report 4th International gastric cancer congress. – New York. – 2001. – P. 334.

15. Wai-Keung Leng The biology and pathogenesis of gastric cancer // *10th World congress of gastrointestinal cancer.* – Spain, Barselona. – 2008. – P. 123–132.

Стаття надійшла до редакції: 15.10.2013 р.

Ю. О. Вінник², В. В. Олексенко¹, Т. С. Єфетова¹, В. О. Захаров¹

¹ *Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського, кафедра онкології*

² *Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра онкології*

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ РАКОМ ШЛУНКА І ЧИННИКИ ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЇХ ЗМІНИ В ХОДІ ЛІКУВАННЯ

У статті наведені результати досліджень показників якості життя хворих раком шлунка методом анкетування використовуючи для цього багатофакторну анкету-опитувальник EORTC QLQ-C30. На підставі вивчення показників, що визначають якість життя 496 хворих раком шлунку, як після встановлення діагнозу, так і у віддалені терміни спостережень, через 12, 24 місяці після проведеного лікування, встановлено основні фактори, які впливають на динаміку змін якості життя хворих. Показано, що основними чинниками, що роблять свій вплив на показники якості життя хворого раком шлунка, є: вік, стадія захворювання, особливості перебігу раку, тип виконаного хірургічного втручання, локалізація пухлини в шлунку, потім форма росту пухлини, характер і обсяг виробленого хірургічного втручання. Встановлено, що розширення оперативного втручання надає свій істотний вплив на показники якості життя хворого, які не можна визнати задовільними. Доведено, що у хворих з поширеним раком шлунка виконання паліативних хірургічних втручань істотно покращує якість життя у віддалені терміни спостережень, у порівнянні з показниками напередодні лікування. Оцінка показників якості життя хворих раком шлунка свідчить про необхідність пошуку шляхів, що поліпшують віддалені функціональні результати лікування, особливо у пацієнтів молодого та середнього, тобто найбільш працездатного віку.

Ключові слова: рак шлунку, якість життя, хірургічне лікування.

Y. A. Vinnik², V. V. Oleksenko¹, T. S. Efetova¹, V. A. Zaharov¹

¹ *Crimean state medical university named after S. I. Georgievski, chair of oncology*

² *Kharkov medical academy of postgraduate education, chair of oncology*

INDICATORS OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CANCER OF THE STOMACH AND THE FACTORS AFFECTING THEIR CHANGES IN THE COURSE OF TREATMENT

The article presents the results of the indicators of the quality of life of patients with cancer of the stomach method of questionnaire survey using a multifactor questionnaire-questionnaire EORTC QLQ-C30. On the basis of the review of the indicators for the quality of life of 496 patients with cancer of the stomach, as after the establishment of diagnosis, and in long-term observations after 12, 24 months after the treatment set of basic factors, which influence on the dynamic of changes in the quality of life of patients. It is shown that the main factors that exert its influence on the indices of the quality of life of a cancer patient of the stomach, are: age, stage of the disease, peculiarities of the course of the cancer, the type of the performed surgical intervention, the localization of the tumor in the stomach, then the shape of the tumor growth, the nature and volume of produced surgical intervention. It is established, that the expansion of the operative intervention has a significant impact on the indicators of the quality of life of the patient, which cannot be considered satisfactory. It is proved that in patients with advanced cancer of the stomach implementation of palliative surgical interventions significantly improves the quality of life in long-term observations, compared to before treatment. Assessment of indicators of the quality of life of patients with cancer of the stomach testifies to the necessity to search the ways of improving the distant functional results of treatment, especially in patients of young and middle age, that is the most able-bodied age.

Keywords: a stomach cancer, quality of life, surgical of treatment.