

Д.В. Самсонов^{1,2}, А.М. Карачун^{1,3}

Качество жизни у больных раком прямой кишки при постоянной стоме и низком колоректальном анастомозе

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

² ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

³ ФГБВОУВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

В последние десятилетия активному изучению подвергаются не только онкологические результаты хирургического лечения рака прямой кишки, но и то влияние, которое оно оказывает на качество жизни пациентов. В сознании широкого круга медицинских специалистов укрепилось представление о том, что наличие постоянной стомы является фактором, оказывающим в долговременной перспективе наиболее неблагоприятное влияние на качество жизни после выполненного хирургического пособия. Однако значительное количество современных исследований эту точку зрения опровергают, не находя существенной разницы в качестве жизни у пациентов с перманентной стомой и низким колоректальным анастомозом.

Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургическое лечение, качество жизни, постоянная стома, синдром низкой передней резекции

Введение

Начало хирургии рака прямой кишки было положено внедрением в практику операции брюшно-промежностной экстирпации (БПЭ) в начале прошлого века [1]. Длительный период указанное вмешательство являлось стандартной процедурой вне зависимости от уровня локализации опухоли.

Спустя четыре десятилетия была освоена техника передней резекции прямой кишки с формированием колоректального анастомоза [2]. Уточнение диапазона допустимых значений (по соображениям онкологической адекватности) дистального клиренса резекции кишки, а также создание циркулярных сшивающих устройств способствовали широкому распространению сфинктеросохраняющих операций с низким анастомозом, ставших стандартными вмешательствами для больных раком среднеампулярного и, отчасти, нижеампулярного отделов прямой кишки.

На решение о том, какое вмешательство должно быть выполнено, влияют разные факторы: специфичные для пациента (пол, возраст, предоперационная функция сфинктера), специфичные для опухоли (стадия, потенциальный край дистальной резекции) и предпочтения хирурга [3].

Под качеством жизни (КЖ) понимают личное восприятие воздействия болезни или лечения на физическое, психологическое и социальное благополучие [4]. Изучение КЖ остаётся непростой задачей для медицинского специалиста, на оценку в разной мере оказывает влияние множество факторов, и всю полноту этого влияния учесть невозможно. КЖ после проведённого лечения зависит от начального уровня оцениваемых параметров до начала терапии. Возрастные, половые, социально-экономические, этнические и религиозные различия, наличие сопутствующей патологии способны видоизменять результаты в отдельных популяциях больных раком прямой кишки. К тому же, параметры КЖ не являются постоянными величинами и преобразуются с течением времени в ходе послеоперационной реабилитации. Использование разных инструментов для оценки КЖ усложняет анализ данных из различных источников, а способ заполнения анкет (самостоятельный или путём опроса врачом) может значительно влиять на итоги исследования.

В отдельных публикациях [5, 6] было отмечено, что лица, подвергшиеся БПЭ, оказывались достоверно старше оперированных в объёме низкой передней резекции (НПР) прямой кишки, что также может отражаться на полученных результатах.

Результаты

На протяжении десятилетий оценке подвергались лишь онкологические итоги хирургического лечения рака прямой кишки (преимущественно, частота местных рецидивов, отдалённая выживаемость). Должного внимания изучению КЖ

больных не уделялось, но считалось, что после сфинктеросохраняющих операций оно должно быть существенно лучше. Данное мнение носило общераспространённый характер и представлялось вполне логичным. Предполагаемое негативное влияние стомы на физическое, социальное и психологическое благополучие пациента объяснялось неблагоприятным восприятием имиджа своего тела, а также — трудностями при уходе за стомой. Низкая частота постоянной стомы порой представлялась показателем высокого уровня хирургического лечения, оказываемого пациентам указанной категории [7].

Действительно, ранние работы [8] демонстрировали наличие тяжёлых психологических расстройств у 23% пациентов, перенесших БПЭ. Правда, из-за отсутствия стандартизированных опросников в тот период и задокументированных психометрических свойств инструментов, использованных авторами, достоверность приведённых результатов, к сожалению, оценке не подлежит.

Однако с тех пор значительному усовершенствованию подверглись как методики оценки КЖ, так и средства ухода за стомой. В 70-х годах прошлого века были заложены основы будущей новой специальности — стоматерапевт. На смену громоздким и тяжёлым резиновым контейнерам пришли лёгкие и более удобные пластиковые резервуары, а на основе клея для зубных протезов была создана клеевая композиция, способная удерживаться на влажной коже. Философия производителей изменилась с «мы можем предоставить то, что вам нужно» на «что вам нужно, что мы должны предоставить?».

Сравнению КЖ больных раком прямой кишки при постоянной стоме и низком колоректальном анастомозе в последние два десятилетия посвящено достаточно большое количество публикаций. Все исследования носили нерандомизированный характер. Распространившиеся к этому моменту унифицированные инструменты изучения КЖ (преимущественно опросники EORTC и SF-36) позволили обобщать достигнутый прогресс в этом вопросе.

В 2007 г. опубликованы результаты мета-анализа 11 исследований, включавших 1443 пациента [3]. Оценка КЖ производилась на сроках, не превышающих 2 лет после операции. В изученных публикациях использовались опросники EORTC и SF-36. Достоверных различий в суммарной оценке качества жизни после БПЭ и НПП отмечено не было. При этом по отдельным изучаемым параметрам наблюдались значимые расхождения. Так, физическое функционирование оказалось лучше после НПП как при использовании опросника QLQ C30 (средневзвешенная разница (weighted mean difference, WMD) $-4,67$;

95% ДИ $-9,10, -0,23$; $p=0,04$), так и SF-36 (WMD $-11,60$; 95% ДИ $-15,3, -7,86$; $p<0,001$). Анализ трех исследований, где применялся опросник SF-36, показал более высокие баллы для ролевого функционирования (WMD $-12,93$; 95% ДИ $-21,3, 4,47$; $p=0,003$) и жизненной активности (WMD $-8,67$; 95% ДИ $-13,9, 3,48$; $p=0,001$) после НПП. Сексуальная функция, оценённая опросником QLQ CR38, оказалась хуже после БПЭ (WMD $-2,36$; 95% ДИ $-4,74, -0,03$; $p=0,05$). Опросник QLQ C30 продемонстрировал лучшие когнитивную (WMD $3,57$; 95% ДИ $1,41, 5,73$; $p=0,001$) и эмоциональную функции (WMD $3,51$; 95% ДИ $1,40, 5,62$; $p=0,001$) для оперированных в объёме БПЭ. Для этой же категории больных оценка перспектив на будущее оставалась значительно лучше (WMD $4,40$; 95% ДИ $0,37, 8,44$, $p=0,03$) при использовании опросника CR38. Последний результат объяснялся тем, что пациенты после БПЭ меньше опасались повторных инвазивных процедур в области малого таза и считали своё хирургическое лечение в большей степени исчерпывающим. Удивительно, но в результате мета-анализа не было отмечено существенного снижения оценки имиджа собственного тела у пациентов с перманентной стомой. Авторами сделан вывод, что попытки любой ценой избежать постоянной стомы в настоящее время не могут быть оправданы исключительно представлениями об ухудшении КЖ пациентов.

В 2003 г. датскими авторами впервые были опубликованы итоги Кокрейновского обзора результатов 8 нерандомизированных исследований, представленных 650 участниками. Работа была продолжена, и через год обзор включал уже 11 публикаций и 1412 пациентов. В 2012 г. Кокрейновский обзор вновь был переиздан и демонстрировал результаты 35 публикаций, отражавших итоги лечения 5127 оперированных больных раком прямой кишки [9]. Обсервационный характер представленных исследований и их гетерогенность, по мнению авторов, препятствовали формальному мета-анализу. Четырнадцать работ показали, что у лиц, перенёсших БПЭ/операцию Гартмана, показатели КЖ были не хуже, чем у пациентов, перенесших НПП. Остальные исследования обнаружили некоторые различия в показателях, но не всегда в пользу пациентов без стомы. Авторы обзора сочли сомнительным предположение о том, что наличие перманентной стомы ухудшает КЖ пациентов.

В 2015 г. болгарскими специалистами опубликованы результаты своего мета-анализа [10], включившего 13 исследований и 1805 пациентов. Оценка КЖ осуществлялась не менее чем через 12 мес после хирургического лечения. КЖ пациентов, подвергшихся БПЭ, оказалось сопоставимым с таковым после передней резекции

прямой кишки. При этом статистически значимо лучше после НПП оказались социальное функционирование ($83,4 \pm 8,6$ против $74,6 \pm 8,5$, $p=0,045$) и удовлетворенность видом собственного тела ($82,5 \pm 9,1$ против $67,9 \pm 14$, $p=0,01$), но чаще наблюдались нарушения эвакуаторной функции кишечника ($22,6 \pm 8,3$ против $11 \pm 8,4$, $p=0,032$). Итогом обзора явилось заключение, аналогичное приведенным выше: в настоящее время отказ от выполнения БПЭ не может быть оправдан на основании результатов оценки КЖ.

Ряд исследований [5, 11] показал, что КЖ у больных с низким колоректальным анастомозом, осложнившимся несостоятельностью швов и потребовавшим разгрузочной стомы, оказалось значимо хуже, чем после первоначально выполненной БПЭ.

Уровень формирования анастомоза является самостоятельным фактором, существенно влияющим на КЖ пациентов, причём, не в пользу низких анастомозов [5, 12]. Данное явление объясняется развитием в 40-90% случаев после сфинктеросохраняющих вмешательств синдрома низкой передней резекции (СНПР) прямой кишки [13–15]. Причины СНПР могут включать повреждение мышц тазового дна, снижение емкости прямой кишки и тонуса внутреннего анального сфинктера, отсутствие ректоанального ингибиторного рефлекса. Было показано, что неблагоприятными прогностическими факторами в отношении развития СНПР являются неoadьювантная терапия, несостоятельность швов анастомоза, тотальная (в сравнении с частичной) мезоректумэктомия. В то время, как у некоторых пациентов со временем отмечается регресс СНПР, у других функциональные нарушения приобретают постоянный характер [16]. Отдельные исследователи [6, 13, 14] сообщают о более негативном воздействии СНПР на КЖ в сравнении с влиянием постоянной стомы. Избежать развития СНПР, возможно, позволит предоперационное планирование с использованием прогностических шкал, таких как POLARS [17], с последующим обсуждением возможных рисков с пациентом для принятия обоснованного решения об объёме вмешательства.

Заключение

В настоящее время не получено достоверных доказательств того, что КЖ при постоянной стоме хуже, чем при низком колоректальном анастомозе.

У больных, подвергающихся НПП, могут быть завышены предоперационные ожидания. В дальнейшем, когда им приходится жить с ограничениями, обусловленными СНПР, развивается разочарование, значительно снижающее

оценку качества собственной жизни. Напротив, пациенты, которым планируется БПЭ, обычно подавлены перспективой жить с постоянной стомой. Однако, когда они в дальнейшем осознают, что способны удовлетворительно ухаживать за собой, вести активную жизнь, уровень их удовлетворённости значительно повышается. Таким образом в настоящее время объясняется отсутствие значимых различий в КЖ у пациентов с низким анастомозом и постоянной стомой [6].

БПЭ может оказаться предпочтительным вмешательством у пожилых пациентов с прогнозируемой низкой продолжительностью жизни или с серьёзной аноректальной дисфункцией [15].

Необходимы шкалы прогноза развития синдрома низкой передней резекции прямой кишки для предоперационного планирования объёма вмешательства.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии в статье конфликта интересов.

Финансирование:

Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lange MM, Rutten HJ, van de Velde CJH. One hundred years of curative surgery for rectal cancer: 1908–2008 // *Eur J Surg Oncol*. 2009;35(5):456–463. doi:10.1016/j.ejso.2008.09.012
2. Dixon CF. Anterior resection for malignant lesions of the upper part of the rectum and lower part of the sigmoid // *Ann Surg*. 1948;128(3):425–442. doi:10.1097/0000658-194809000-00009
3. Cornish JA, Tilney HS, Eriot AG et al. A meta-analysis of quality of life for abdominoperineal excision of rectum versus anterior resection for rectal cancer // *Ann Surg Oncol*. 2007;14(7):2056–2068. doi:10.1245/s10434-007-9402-z
4. Guren MG, Eriksen MT, Wiig JN et al. Quality of life and functional outcome following anterior or abdominoperineal resection for rectal cancer // *Eur J Surg Oncol*. 2005;31(7):735–742. doi:10.1016/j.ejso.2005.05.004
5. Kasperek MS, Hassan I, Cima RR et al. Quality of life after coloanal anastomosis and abdominoperineal resection for distal rectal cancers: sphincter preservation vs quality of life // *Colorectal Dis*. 2011;13(8):872–877. doi:10.1111/j.1463-1318.2010.02347.x
6. de Campos-Lobato LF, Alves-Ferreira PC, Lavery IC, Kiran RP. Abdominoperineal resection does not decrease quality of life in patients with low rectal cancer // *Clinics*. 2011;66(6):1035–1040. doi:10.1590/s1807-59322011000600019
7. Bondeven P, Emmertsen KJ, Laurberg S, Pedersen BG. Neoadjuvant therapy abolishes the functional benefits of a larger rectal remnant, as measured by magnetic resonance imaging after restorative rectal cancer surgery // *Eur J Surg Oncol*. 2015;41(11):1493–1499. doi:10.1016/j.ejso.2015.07.003

8. Devlin HB, Plant JA, Griffin M. Aftermath of surgery for anorectal cancer // *Br Med J*. 1971;3(5771):413–418. doi:10.1136/bmj.3.5771.413
9. Pachler J, Wille-Jorgensen P. Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy // *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12(12):CD004323. doi:10.1002/14651858.CD004323.pub4
10. Maslyankov S, Penchev D, Todorov G, Vladov N. A meta-Analysis of quality of life, estimated by questionnaires of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) after rectal cancer surgery // *Chirurgia (Bucur)*. 2015;110(4):356–361.
11. Turan MI, Yigit D, Turkoglu MA et al. Comparison of quality of life scores in patients who underwent low anterior resection and abdominoperineal resection for tumors of the rectum // *BJSTR*. 2019;20(5):15412–15420. doi:10.26717/BJSTR.2019.20.003516
12. Konanz J, Herrle F, Weiss C et al. Quality of life of patients after low anterior, intersphincteric, and abdominoperineal resection for rectal cancer — a matched-pair analysis // *Int J Colorectal Dis*. 2013;28(5):679–688. doi:10.1007/s00384-013-1683-z
13. Feddern M-L, Emmertsen KJ, Laurberg S. Quality of life with or without sphincter preservation for rectal cancer // *Colorectal Dis*. 2019;21(9):1051–1057. doi:10.1111/codi.14684
14. Bregendahl S, Emmertsen KJ, Lous J, Laurberg S. Bowel dysfunction after low anterior resection with and without neoadjuvant therapy for rectal cancer: a population-based cross-sectional study // *Colorectal Dis*. 2013;15(9):1130–1139. doi:10.1111/codi.12244
15. Campelo P, Barbosa E. Functional outcome and quality of life following treatment for rectal cancer // *J Coloproctol*. 2016;36(4):251–261. doi:10.1016/j.jcol.2016.05.001
16. Emmertsen KJ, Laurberg S. Rectal Cancer Function Study Group. Impact of bowel dysfunction on quality of life after sphincter-preserving resection for rectal cancer // *Br J Surg*. 2013;100(10):1377–1387
17. Battersby NJ, Bouliotis G, Emmertsen KJ et al. Development and external validation of a nomogram and online tool to predict bowel dysfunction following restorative rectal cancer resection: the POLARS score // *Gut*. 2018; 67(4):688–696. doi:10.1136/gutjnl-2016-312695

Поступила в редакцию 19.01.2022

D.V. Samsonov^{1,2}, A.M. Karachun^{1,3}

Quality of life in patients with rectal cancer with permanent stoma and low colorectal anastomosis

¹ N.N. Petrov Research Institute of Oncology, St. Petersburg, Russia

² S.M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg, Russia

³ I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg, Russia

In recent decades, not only the oncological results of surgical treatment of rectal cancer have been actively studied, but also the impact that it has on the quality of life of patients. In the minds of a wide range of medical specialists, the idea that the presence of a permanent stoma is the factor that has the most adverse effect on the quality of life in the long term after a surgical intervention has become stronger. However, a significant number of modern studies are not supporting this point of view, not finding a significant difference in the quality of life in patients with a permanent stoma and a low colorectal anastomosis.

Key words: rectal cancer; surgical therapy; quality of life; permanent stoma; low anterior resection syndrome

Сведения об авторах:

Самсонов Денис Владимирович, канд. мед. наук, врач-онколог отделения абдоминальной онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68, desavl@mail.ru

Карачун Алексей Михайлович, д-р мед. наук, заведующий отделением абдоминальной онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68, dr.a.karachun@gmail.com

Samsonov Denis, Cand. Med. Sci., oncologist, department of abdominal oncology, National Medical Research Centre of Oncology named after N.N. Petrov, 197758, St. Petersburg, Pesochny, Leningradskaya str., 68, desavl@mail.ru

Karachun Alexey, Doct.Med. Sci., head of the department of abdominal oncology, National Medical Research Centre of Oncology named after N.N. Petrov, 197758, St. Petersburg, Pesochny, Leningradskaya str., 68, dr.a.karachun@gmail.com