Южно-Российский онкологический журнал. 2025. Т. 6, № 1. С. 15-23
https://doi.org/10.37748/2686-9039-2025-6-1-2
https://elibrary.ru/ffcjtf
3.1.6. Онкология, лучевая терапия
ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

CC BY 4.0

Качество жизни больных раком желудка после радикального хирургического лечения в зависимости от статуса восстановления дуоденального пассажа

О. М. Асипович[1, 2], И. Б. Уваров[1, 2]✉, В. А. Порханов[1]

[1] ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Краснодар, Российская Федерация
[2] ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, Российская Федерация
✉ uvarovivan@yandex.ru

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Оценка влияния на качество жизни (КЖ) сохранения дуоденального пассажа в хирургическом лечении больных раком желудка (РЖ).
Пациенты и методы. В исследование включены 55 больных РЖ, которым выполнена гастрэктомия (ГЭ): I группа (*n* = 29) – с сохранением дуоденального пассажа (СДП) методом реконструкции «двойной тракт»; II группа (*n* = 26) – со стандартной реконструкцией по Ру. Оценка КЖ проводилось с помощью опросника EORTC QLQ-C30 с модулем для РЖ QLQ-STO22.
Результаты. Изменения КЖ у пациентов через 3 месяца после ГЭ выражались в статистически значимом снижении показателей всех функциональных шкал (QL, PF, RF, EF, CF и SF), и повышении значений шкал симптомов (FA, NV, PA, DY, SL, AP, CO, DI, FI), в одинаковой степени для обеих групп. Через 6 месяцев отмечено повышение значений функциональных шкал, статистически значимые различия между группами выявлены по шкалам QL, RF, CF и SF в пользу группы с СДП. В группе с СДП отмечено также более значительное снижение уровня большинства симптоматических шкал. Через 12 месяцев сохранилось статистически значимое преимущество пациентов группы с СДП по функциональным и симптоматическим шкалам. Оценка КЖ по шкалам модуля QLQ-STO22 показала аналогичные тенденции: после резкого роста значений симптомов в сроки 3 месяца после операции, одинаково выраженного в обеих группах, отмечалось их понижение к сроку 6 месяцев, более выраженное в группе с СДП. Через 12 месяцев после операции общая тенденция к преимуществу группы с СДП сохранялась.
Заключение. Динамика восстановления КЖ у больных РЖ после хирургического лечения зависит от статуса дуоденального пассажа: в группе пациентов с СДП отмечается более быстрая позитивная динамика по всем шкалам функционирования и симптомов, чем у пациентов без включения двенадцатиперстной кишки (ДПК). Сохранение дуоденального пассажа при хирургическом лечении РЖ положительно влияет на динамику восстановления КЖ пациентов после радикального хирургического лечения РЖ, обеспечивая позитивный вклад в улучшение результатов противоопухолевого лечения.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, качество жизни, дуоденальный пассаж

Для цитирования: Асипович О. М., Уваров И. Б., Порханов В. А. Качество жизни больных раком желудка после радикального хирургического лечения в зависимости от статуса восстановления дуоденального пассажа. Южно-Российский онкологический журнал. 2025; 6(1): 15-23. https://doi.org/10.37748/2686-9039-2025-6-1-2, https://elibrary.ru/ffcjtf

Для корреспонденции: Уваров Иван Борисович – д.м.н., доцент, профессор кафедры хирургии № 2 ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Краснодар, Российская Федерация; заведующий отделением абдоминальной онкологии и рентгенхирургических методов диагностики и лечения, ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, Российская Федерация
Адрес: 350063, Российская Федерация, г. Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4
Адрес: 350040, Российская Федерация, г. Краснодар, ул. Димитрова, д. 146
E-mail: uvarovivan@yandex.ru
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2725-3281
SPIN: 6871-1440, AuthorID: 456706
ResearcherID: AAB-5295-2022
Scopus Author ID: 57188736991

Соблюдение этических стандартов: в работе соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1964, ред. 2013). Исследование одобрено Независимым этическим комитетом ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 107 от 28.01.2022 года). Информированное согласие получено от всех участников исследования

Финансирование: финансирование данной работы не проводилось

Конфликт интересов: все авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи

Статья поступила в редакцию 16.07.2024; одобрена после рецензирования 27.12.2024; принята к публикации 03.02.2025

© Асипович О. М., Уваров И. Б., Порханов В. А., 2025

South Russian Journal of Cancer. 2025. Vol. 6, No. 1. P. 15-23
https://doi.org/10.37748/2686-9039-2025-6-1-2
https://elibrary.ru/ffcjtf
ORIGINAL ARTICLE

Quality of life of gastric cancer patients after radical surgery depending on the status of the duodenal passage

O. M. Asipovich[1,2], I. B. Uvarov[1,2]✉, V. A. Porkhanov[1]

[1] Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation
[2] Regional Oncological Center No. 1, Krasnodar, Russian Federation
✉ uvarovivan@yandex.ru

ABSTRACT

Purpose of the study. To assess the impact of preservation of the duodenal passage on the quality of life (QOL) after total gastrectomy (TGE) in patients with gastric cancer (GC).
Patients and methods. The study included 55 patients with GC who underwent TGE: group I (*n* = 29) included patients with preservation of the duodenal passage (PDP) using the double tract reconstruction method; Group II (*n* = 26) included those with standard Roux-en-Y reconstruction. QOL was assessed using the EORTC QLQ-C30 questionnaire with the QLQ-STO22 module for GC patients.
Results. Changes in QOL in patients 3 months after TGE were expressed in a statistically significant decrease in scores of all functional scales (QL, PF, RF, EF, CF and SF), and an increase in the scores of symptom scales (FA, NV, PA, DY, SL, AL, CO, DI, FI), to the same extent for both groups. After 6 months, an increase in the scores of functional scales was noted; statistically significant differences between the groups were identified on the QL, RF, CF and SF scales in favor of the group with PDP. In the group with PDP, a more significant decrease in the level of most symptomatic scales was also noted. After 12 months, a statistically significant advantage remained on functional and symptomatic scales for patients in the group with PDP. Assessment of QOL using the scales of the QLQ-STO22 module showed similar trends: after a sharp increase in symptom values at 3 months after surgery, equally pronounced in both groups, there was a decrease at 6 months, more pronounced in the group with PDP. At 12 months postoperatively, the overall trend towards an advantage in the PDP group continued.
Conclusion. The dynamics of QOL recovery in patients with GC after surgical treatment depends on the status of the duodenal passage: in the group of patients with PDP, faster positive dynamics are observed on all scales of functioning and symptoms than in patients without duodenal passage. Preservation of duodenal passage during surgical treatment of GC has a positive effect on the dynamics of recovery of the QOL of patients with GC, providing a positive contribution to improving the results of antitumor treatment.

Keywords: gastric cancer, total gastrectomy, quality of life, duodenal passage

For citation: Asipovich O. M., Uvarov I. B., Porkhanov V. A. Quality of life of gastric cancer patients after radical surgery depending on the status of the duodenal passage. South Russian Journal of Cancer. 2025; 6(1): 15-23. (In Russ.). https://doi.org/10.37748/2686-9039-2025-6-1-2, https://elibrary.ru/ffcjtf

For correspondence: Ivan B. Uvarov – Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Professor of the Department of Surgery No. 2 of the FPC and Teaching Staff, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation; Head of the Department of Abdominal Oncology and X-ray Surgical Methods of Diagnosis and Treatment, Clinical Oncological Dispensary No. 1, Krasnodar, Russian Federation
Address: 4 Mitrofan Sedina str., Krasnodar 350063, Russian Federation
Address: 146 Dimitrova St., Krasnodar, 350040, Russian Federation
E-mail: uvarovivan@yandex.ru
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2725-3281
SPIN: 6871-1440, AuthorID: 456706
ResearcherID: AAB-5295-2022
Scopus Author ID: 57188736991

Compliance with ethical standards: this research has been carried out in compliance with the ethical principles set forth by the World Medical Association Declaration of Helsinki, 1964, ed. 2013. The study was approved by the Committee on Ethics at the Kuban State Medical University (extract from the protocol of the meeting No. 107 dated 28/01/2022). Informed consents were received from all the participants of the study

Funding: this work was not funded

Conflict of interest: the authors declare that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article

The article was submitted 16.07.2024; approved after reviewing 27.12.2024; accepted for publication 03.02.2025

ВВЕДЕНИЕ

Оценка качества жизни (КЖ) является важной составляющей для определения оптимальной терапии в программах как радикального, так и паллиативного лечения больного онкологическим заболеванием, в том числе раком желудка (РЖ) [1–5]. Важно то, что КЖ является переменной, ориентированной на пациента, отражающей функциональное воздействие заболевания и процесса его лечения на больного в системе его целей, ожиданий, стандартов и проблем [6–8]. При этом, как подчеркивают B. Alkhaffaf и соавт. (2020), приоритеты пациента в отношении результатов лечения могут отличаться и быть шире традиционных онкологических критериев и приоритетов специалистов-онкологов [9]. На современном этапе отмечается возрастание требований к функциональным результатам лечения, в том числе хирургического, как со стороны онкологов, так и со стороны пациентов. Это определяет поиски оптимальных с функциональной точки зрения методов реконструкции пищеварительного тракта при хирургическом лечении РЖ, одним из вариантов которого является восстановление дуоденального пассажа [10–13]. Важность оценки КЖ в онкологии подчеркивается рандомизированным клиническим исследованием R. van Amelsfoort и соавт. (2022), в котором показано, что снижение показателей КЖ было связано с худшей бессобытийной и общей выживаемостью больных РЖ [14]. В этой связи внедрение в клиническую практику новых или усовершенствованных методов лечения должно сопровождаться тщательным и объективным изучением их воздействия на КЖ.

Цель исследования: оценка влияния на качество жизни сохранения дуоденального пассажа в хирургическом лечении больных раком желудка.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 55 больных гистологически верифицированным раком желудка, которым проведено хирургическое лечение в объеме гастрэктомии (ГЭ). Исследование носило проспективный характер, пациенты согласно дизайну исследования рандомизировались на 2 группы: I (29 пациентов) – выполнена ГЭ с восстановлением дуоденального пассажа методом реконструкции «двойной тракт» (РДТ); II группа (26 пациентов) – выполнена ГЭ со стандартной реконструкцией по Ру (рис. 1). Обследование проведено в сроки 3, 6 и 12 месяцев после оперативного вмешательства. Исследование выполнено на базе Клинического онкологического диспансера г. Краснодара в период с 2020 по 2024 гг. В работе соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1964, ред. 2013), исследование одобрено Независимым этическим комитетом ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 107 от 28.01.2020 г.). Информированное согласие получено от всех участников исследования. Критерии включения: возраст старше 18 лет, операция ГЭ, письменное информированное согласие на участие. Критерии исключения: IV стадия РЖ (с отдаленными метастазами), наличие декомпенсированных хронических и острых сопутствующих заболеваний, отказ от участия. Статистически значимых различий между группами по основным клиническим характеристикам не выявлено (табл. 1).

Хирургическое лечение проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава РФ по диагностике и лечению больных РЖ. Пациентам со стадией IB и выше перед планированием лечения выполнялась диагностическая лапароскопия с цитологическим исследованием перитонеальных смывов на наличие свободных опухолевых клеток. Пациенты с положительными (Cyt+) смывами расценивались как с M_1 и исключались из исследования. Периоперационная химиотерапия, согласно «Клиническим рекомендациям по лечению рака желудка», проведена 37 пациентам при опухолях II и III стадий

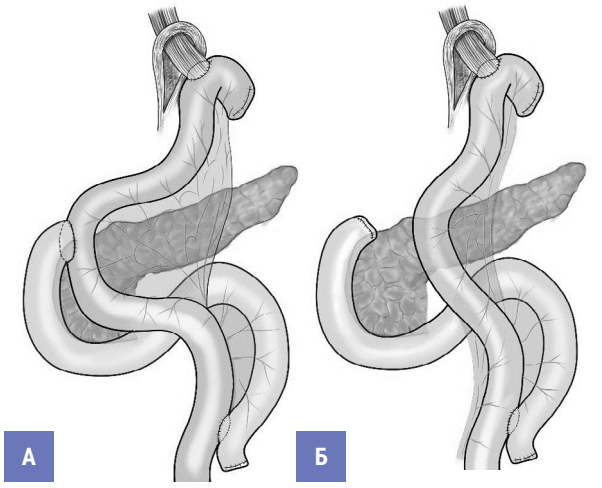

Рис. 1. Схема операции: А – ГЭ с реконструкцией «двойной тракт» (РДТ); Б – ГЭ с реконструкцией по Ру

(37/44, 84 % от общего количества, различия между группами статистически недостоверны). Предпочтительным режимом был режим FLOT: 4 курса предоперационно, через 4–6 недель операция, через 4–8 недель после операции – проведение еще 4 курсов в режиме FLOT вне зависимости от лечебного патоморфоза опухоли. У соматически отягощенных пациентов применяли комбинации FOLFOX (4 + 4 цикла), XELOX (3 + 3 цикла), цисплатин и фторурацил (3 + 3 цикла) с началом послеоперационного этапа через 4–6 недель после операции. Доступ, объем удаления органа и объем лимфодиссекции в обеих группах не имели статистически значимых различий. Лапаротомный доступ был применен у 27 (93,1 %) пациентов I группы и у 23 (88,5 %) – II группы (p = 0,550). В 2 случаях (6,9 %) в I группе и 3 (11,5 %) – во II использовали абдомино-медиастинальный доступ с целью резекции абдоминального отдела пищевода и формирования пищеводно-кишечного анастомоза в нижнем средостении. Объем лимфодиссекции соответствовал объему D2: удаляли лимфоузлы групп № 1–7, 8a, 9, 10, 11p, 11d и 12a, при распространении выше кардии лимфодиссекция расширялась за счет групп № 19, 20, 110 и 111 (по классификации Японской ассоциации по изучению рака желудка). Летальных исходов после операции не было в обеих группах. Длительность нахождения пациентов в стационаре была сходной для больных обеих групп 7,4 ± 1,2 дня для ГЭ с РДТ vs 7,6 ± 1,9 дней для ГЭ по Ру (p = 0,632). Послеоперационные осложнения отмечены у 2 больных I группы и у 2 – во II группе. В группе II зарегистрировано осложнение хирургического характера, которое повлекло реоперацию (перфорация культи Ру-петли). В других случаях диагностировано развитие пневмонии, причем в 2 случаях из них пневмония имела вирусную этиологию (COVID-19).

Для оценки качества жизни в работе использовали специализированный «Опросник качества жизни при онкологической патологии» (Quality of Life Questionnary – Core 30, EORTC QLQ-C30) [15, 16], включающий 30 вопросов и состоящий из многопозиционных шкал и из отдельных показателей.

Таблица 1. Характеристика оперированных пациентов, перенесших ГЭ с РДТ (I группа) и ГЭ по Ру (II группа)

Показатель	I группа (n = 29)	II группа (n = 26)	p
Возраст, лет	61,21 (9,42)	57,4 (11,4)	0,191
Масса тела, кг; средн. (СО)	71,0 (11,1)	74,4 (17,6)	0,244
ИМТ, средн. (СО)	24,3 (3,61)	26,2 (4,8)	0,464
Пол, n (%)			
М	18 (62,1)	16 (61,4)	0,968
Ж	11 (37,9)	10 (38,5)	
Стадия по TNM, n (%)			
IA	3 (10,3)	4 (15,3)	0,978
IB	2 (6,9)	2 (7,7)	
IIA	4 (13,8)	3 (11,5)	
IIB	3 (10,3)	3 (11,5)	
IIIA	9 (31,0)	6 (23,1)	
IIIB	4 (13,8)	4 (15,4)	
IIIC	4 (13,8)	4 (15,4)	
Локализация опухоли, n (%)			
Кардиальный отдел, дно	8 (27,6)	5 (19,2)	0,685
Тело	17 (58,6)	16 (61,5)	
Выходной отдел	1 (3,4)	1 (3,8)	
Поражение, выходящее за пределы одной локализации	3 (10,3)	4 (15,3)	

К оцениваемым показателям относятся: 1) шкала глобального состояния здоровья/качества жизни (quality of life, QL); 2) пять функциональных шкал – физическое (physical functioning, PF), ролевое (role functioning, RF), эмоциональное (emotional functioning, EF), когнитивное (cognitive functioning, CF) и социальное (social functioning, SF) функционирование; 3) три шкалы симптомов – утомляемость (fatigability, FA), тошнота и рвота (nausea, vomiting, NV), боль (pain, PA); 4) шесть отдельных пунктов – одышка (dyspnea, DY), нарушения сна (sleep disorder, SL), потеря аппетита (appetite loss, AP), запоры (constipations, CO), диарея (diarrhea, DI), финансовые трудности (financial difficulties, FI). В дополнение к основному опроснику использовали также модуль QLQ-STO22 – валидированный инструмент оценки КЖ, специфичный для больных РЖ [17], состоящий из 22 пунктов и, в основном, сфокусированный на специфичных для РЖ симптомах: боль, дисфагия, рефлюкс и раннее насыщение, а также затрагивающий эмоциональные проблемы (включая изменение образа тела, потерю веса и размышления пациента о своей болезни). Подсчет оценок по шкалам производили на основании официального руководства «EORTC QLQ-C30 Scoring Manual» [16]. В результате процедуры подсчета все шкалы и меры по отдельным пунктам варьировали от 0 до 100 баллов.

Статистический анализ

Статистический анализ проведен с применением методов: анализ четырехпольных и многопольных произвольных таблиц сопряженности с использованием критерия хи-квадрат (χ^2) Пирсона, H-критерий Краскела – Уоллиса, t-тест для независимых выборок, t-тест для парных выборок. Пороговым критерием статистической значимости принято значение $p < 0,05$. Для статистического анализа использовали программный пакет для статистической обработки данных IBM® SPSS Statistics 23.0 для Windows (IBM, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изменения параметров КЖ у пациентов после ГЭ в ранние сроки после операции (3 месяца) выражались в статистически значимом снижении показателей всех шести функциональных шкал (QL, PF, RF, EF, CF и SF) и повышении значений шкал симптомов (FA, NV, PA) и отдельных пунктов опросника (DY, SL, AP, CO, DI, FI). Эти изменения затрагивали в одинаковой степени пациентов обеих групп, статистически значимых различий между ними в этот период ни по одному из показателей не отмечалось (рис. 2).

К сроку 6 месяцев после операции происходила трансформация параметров КЖ в сторону их улучшения, с повышением значений всех функциональных шкал, отмечены статистически значимые различия между группами по функциональным шкалам QL ($p < 0,001$), RF ($p = 0,028$), CF ($p = 0,009$), SF ($p < 0,001$), в пользу группы с СДП, по шкалам PF и EF статистически значимой разницы не достигнуто. В группе пациентов с СДП отмечено также более выраженное в сравнении с группой Ру снижение значений симптоматических шкал: FA ($p = 0,001$), NV ($p = 0,003$), PA ($p = 0,010$), DY ($p = 0,001$), SL ($p < 0,001$), CO ($p = 0,001$), DI ($p = 0,004$), FI ($p < 0,001$), статистически незначимой была разница только по симптому потери аппетита AP ($p = 0,092$) (рис. 3).

При оценке через 12 месяцев в обеих группах показатели по шкалам опросника EORTC QLQ-C30, в основном, не претерпели существенного изменения,

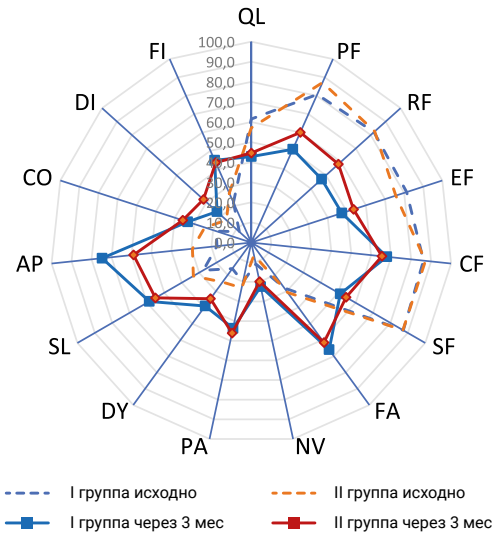

Рис. 2. Динамика КЖ по шкалам опросника EORTC QLQ-C30 у пациентов после ГЭ в зависимости от способа реконструкции через 3 месяца после операции. I группа – с сохранением дуоденального пассажа, II группа – с реконструкцией по Ру. QL – глобальное состояние здоровья / качества жизни; PF – физическое функционирование; RF – ролевое функционирование; EF – эмоциональное функционирование; CF – когнитивное функционирование; SF – социальное функционирование; FA – утомляемость; NV – тошнота и рвота; PA – боль; DY – одышка; SL – нарушения сна; AP – потеря аппетита; CO – запоры; DI – диарея; FI – финансовые трудности

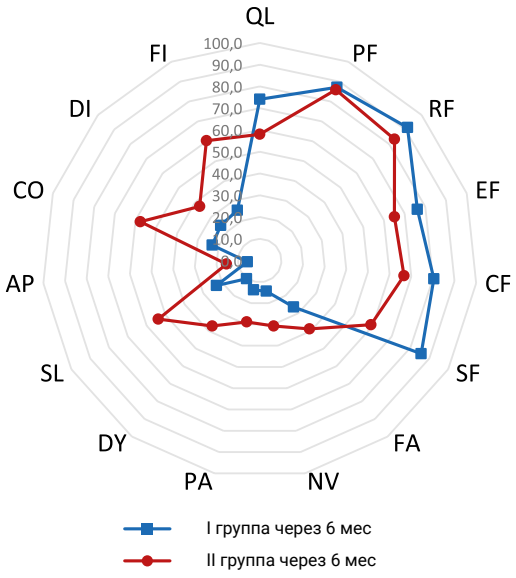

Рис. 3. Динамика КЖ по шкалам опросника EORTC QLQ-C30 у пациентов после ГЭ в зависимости от способа реконструкции через 6 месяцев после операции. I группа – с сохранением дуоденального пассажа, II группа – с реконструкцией по Ру. QL – глобальное состояние здоровья / качества жизни; PF – физическое функционирование; RF – ролевое функционирование; EF – эмоциональное функционирование; CF – когнитивное функционирование; SF – социальное функционирование; FA – утомляемость; NV – тошнота и рвота; PA – боль; DY – одышка; SL – нарушения сна; AP – потеря аппетита; CO – запоры; DI – диарея; FI – финансовые трудности

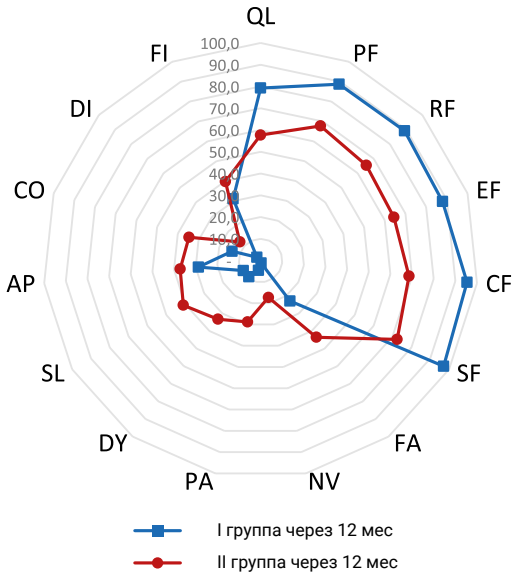

Рис. 4. Динамика КЖ по шкалам опросника EORTC QLQ-C30 у пациентов после ГЭ в зависимости от способа реконструкции через 12 месяцев после операции. I группа – с сохранением дуоденального пассажа, II группа – с реконструкцией по Ру. QL – глобальное состояние здоровья / качества жизни; PF – физическое функционирование; RF – ролевое функционирование; EF – эмоциональное функционирование; CF – когнитивное функционирование; SF – социальное функционирование; FA – утомляемость; NV – тошнота и рвота; PA – боль; DY – одышка; SL – нарушения сна; AP – потеря аппетита; CO – запоры; DI – диарея; FI – финансовые трудности

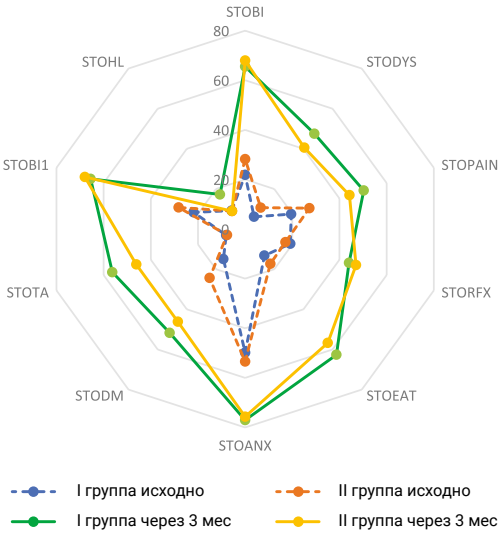

Рис. 5. Динамика показателей КЖ по шкалам модуля QLQ-STO22 у пациентов после ГЭ в зависимости от способа реконструкции через 3 месяца после операции. I группа – с сохранением дуоденального пассажа, II группа – с реконструкцией по Ру. STOBI – изменение внешности; STODYS – дисфагия; STOPAIN – боль; STORFX – симптомы рефлюкса; STOEAT – ограничения в питании; STOANX – тревожность; STODM – сухость во рту; STOTA – изменение вкуса; STOHL – выпадение волос

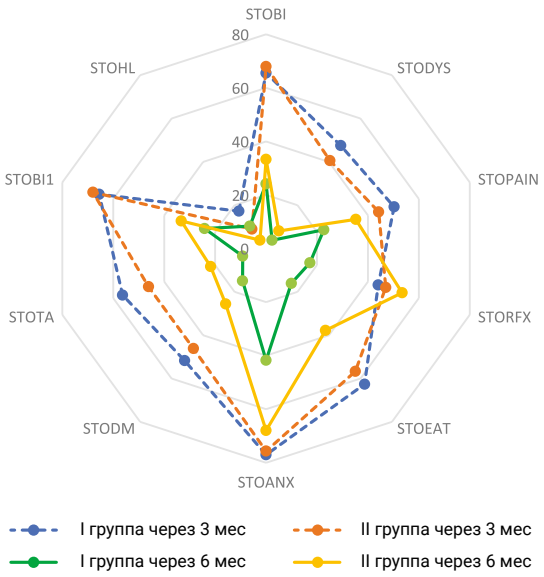

Рис. 6. Динамика показателей КЖ по шкалам модуля QLQ-STO22 у пациентов после ГЭ в зависимости от способа реконструкции через 6 месяцев после операции. I группа – с сохранением дуоденального пассажа, II группа – с реконструкцией по Ру. STOBI – изменение внешности; STODYS – дисфагия; STOPAIN – боль; STORFX – симптомы рефлюкса; STOEAT – ограничения в питании; STOANX – тревожность; STODM – сухость во рту; STOTA – изменение вкуса; STOHL – выпадение волос

сохранилось статистически значимое преимущество пациентов группы с СДП по таким параметрам, как функциональные шкалы QL (p < 0,001), PF (p < 0,001), RF (p < 0,001), EF (p < 0,001), CF (p < 0,001), SF (p < 0,001), симптоматически шкалы FA (p < 0,001), NV (p < 0,001), PA (p < 0,001), DY (p < 0,001), SL (p < 0,001), CO (p = 0,002), DI (p = 0,010). По симптомам AP и вопросу FI статистически значимой разницы не было (рис. 4).

Оценка динамики КЖ по шкалам модуля QLQ-STO22 показала аналогичные тенденции. После резкого роста шкал симптомов в сроки 3 месяца после операции, одинаково выраженного в обеих группах пациентов (рис. 5), отмечалось понижение показателей выраженности симптоматики к сроку 6 месяцев, причем это снижение было более выражено в группе больных после ГЭ с СДП.

Статистически значимые различия между группами отмечались по шкалам STODYS (p = 0,007), STOPAIN (p = 0,038), STORFX (p < 0,001), STOEAT (p < 0,001), STOANX (p < 0,001), STODM (p = 0,045), STOTA (p = 0,004). Различия оказались не достоверными по шкалам STOBI (p = 0,135) и STOHL (p = 0,149) (рис. 6).

Через 12 месяцев после операции общая тенденция к преимуществу группы восстановления дуоденального пассажа сохранялась. Статистически значимы различия между группами отмечались по шкалам STODYS (p = 0,007), STOPAIN (p = 0,038), STORFX,000 STOEAT (p < 0,001), STOANX (p < 0,001), STODM (p = 0,045), STOTA (p = 0,004). Различия оказались не достоверными по шкалам STOBI (p = 0,135) и STOHL (p = 0,149). Различия по шкале STOBI достигли границ статистической значимости (p < 0,001), сохранилось статистически значимое преимущество группы с СДП по показателям STODYS, STOPAIN, STORFX, STOEAT, STOANX и STOTA. Различия по симптомам STODM и STOHL оказались не достоверными (рис. 7).

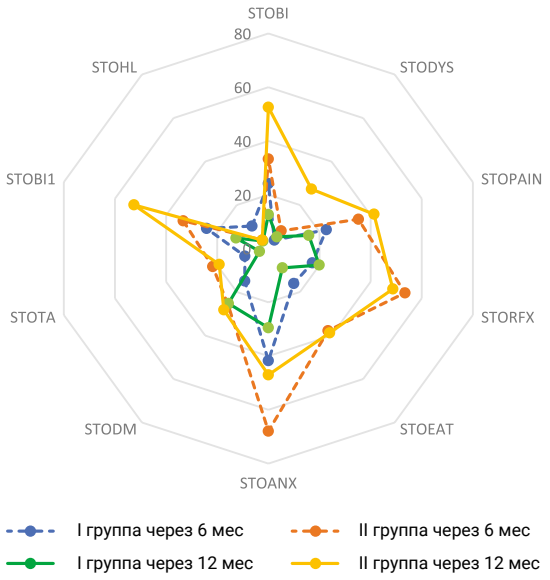

Рис. 7. Динамика показателей КЖ по шкалам модуля QLQ-STO22 у пациентов после ГЭ в зависимости от способа реконструкции через 12 месяцев после операции. I группа – с сохранением дуоденального пассажа, II группа – с реконструкцией по Ру. STOBI – изменение внешности; STODYS – дисфагия; STOPAIN – боль; STORFX – симптомы рефлюкса; STOEAT – ограничения в питании; STOANX – тревожность; STODM – сухость во рту; STOTA – изменение вкуса; STOHL – выпадение волос

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Динамика КЖ по шкале EORTC QLQ-C30 с модулем STO22 у больных РЖ в ранние сроки после операции (3 месяца) характеризуется резким снижением показателей суммарного КЖ и всех шкал функционирования и повышением значений по шкалам симптомов, в более поздние сроки (6 и 12 месяцев после операции) происходит трансформация параметров КЖ в сторону их улучшения.

Динамика восстановления параметров КЖ у больных РЖ после хирургического лечения зависит от статуса дуоденального пассажа: в группе пациентов с сохранением дуоденального пассажа отмечается более быстрая позитивная динамика восстановления показателей по шкалам функционирования и снижения симптоматических шкал, чем у пациентов без включения ДПК. Таким образом, сохранение дуоденального пассажа при хирургическом лечении РЖ положительно влияет на динамику восстановления КЖ пациентов, обеспечивая позитивный вклад в качество и результаты противоопухолевого лечения.

Список источников

1. Franciosi V, Maglietta G, Degli Esposti C, Caruso G, Cavanna L, Bertè R, et al. Early palliative care and quality of life of advanced cancer patients-a multicenter randomized clinical trial. Ann Palliat Med. 2019 Sep;8(4):381–389. https://doi.org/10.21037/apm.2019.02.07

2. Hu Y, Zaydfudim VM. Quality of Life After Curative Resection for Gastric Cancer: Survey Metrics and Implications of Surgical Technique. J Surg Res. 2020 Jul;251:168–179. https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.02.005
3. Jung JH, Lee SS, Chung HY. Quality of life changes in elderly patients after gastrectomy: perspective of an aged Asian society in the 2010s. Ann Surg Treat Res. 2022 Apr;102(4):214–222. https://doi.org/10.4174/astr.2022.102.4.214
4. Park KB, Park JY, Lee SS, Chung HY, Kwon OK. Chronological changes in quality of life and body composition after gastrectomy for locally advanced gastric cancer. Ann Surg Treat Res. 2020 May;98(5):262–269. https://doi.org/10.4174/astr.2020.98.5.262
5. Tabernero J, Alsina M, Shitara K, Doi T, Dvorkin M, Mansoor W, et al. Health-related quality of life associated with trifluridine/tipiracil in heavily pretreated metastatic gastric cancer: results from TAGS. Gastric Cancer. 2020 Jul;23(4):689–698. https://doi.org/10.1007/s10120-020-01053-9
6. Conroy T, Marchal F, Blazeby JM. Quality of life in patients with oesophageal and gastric cancer: an overview. Oncology. 2006;70(6):391–402. https://doi.org/10.1159/000099034
7. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Qual Life Res. 2019 Oct;28(10):2641–2650. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9
8. Raina SK. State of The Globe: Health-Related Quality of Life as Health Status Measure: Time to Move On. J Glob Infect Dis. 2019;11(3):89–90. https://doi.org/10.4103/jgid.jgid_163_18
9. Alkhaffaf B, Blazeby JM, Bruce IA, Morris RL. Patient priorities in relation to surgery for gastric cancer: qualitative interviews with gastric cancer surgery patients to inform the development of a core outcome set. BMJ Open. 2020 Feb 12;10(2):e034782. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034782
10. Hiramatsu Y, Kikuchi H, Takeuchi H. Function-Preserving Gastrectomy for Early Gastric Cancer. Cancers (Basel). 2021 Dec 10;13(24):6223. https://doi.org/10.3390/cancers13246223
11. Mao X, Xu X, Zhu H, Ji C, Lu X, Wang B. A comparison between pylorus-preserving and distal gastrectomy in surgical safety and functional benefit with gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. World J Surg Oncol. 2020 Jul 8;18(1):160. https://doi.org/10.1186/s12957-020-01910-y
12. Nunobe S, Hiki N. Function-preserving surgery for gastric cancer: current status and future perspectives. Transl Gastroenterol Hepatol. 2017;2:77. https://doi.org/10.21037/tgh.2017.09.07
13. Tsujiura M, Nunobe S. Functional and nutritional outcomes after gastric cancer surgery. Transl Gastroenterol Hepatol. 2020;5:29. https://doi.org/10.21037/tgh.2019.11.10
14. Van Amelsfoort RM, Walraven I, Kieffer J, Jansen EPM, Cats A, van Grieken NCT, et al. Quality of Life Is Associated With Survival in Patients With Gastric Cancer: Results From the Randomized CRITICS Trial. J Natl Compr Canc Netw. 2022 Mar;20(3):261–267. https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.7057
15. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993 Mar 3;85(5):365–376. https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365
16. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels, 2001.
17. Blazeby JM, Conroy T, Bottomley A, Vickery C, Arraras J, Sezer O, et al. Clinical and psychometric validation of a questionnaire module, the EORTC QLQ-STO 22, to assess quality of life in patients with gastric cancer. Eur J Cancer. 2004 Oct;40(15):2260–2268. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2004.05.023

Информация об авторах:
Асипович Олеся Михайловна – аспирант кафедры онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Краснодар, Российская Федерация; врач-онколог отделения противоопухолевой лекарственной терапии № 2 ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9278-6335

Уваров Иван Борисович ✉ – д.м.н., доцент, профессор кафедры хирургии № 2 ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Краснодар, Российская Федерация; заведующий отделением абдоминальной онкологии и рентгенхирургических методов диагностики и лечения, ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2725-3281, SPIN: 6871-1440, AuthorID: 456706, ResearcherID: AAB-5295-2022, Scopus Author ID: 57188736991

Порханов Владимир Алексеевич – академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Краснодар, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0572-1395, SPIN: 2446-5933, AuthorID: 682896

Вклад авторов:

Асипович О. М. – разработка дизайна исследования, сбор, интерпретация данных, анализ полученных данных, написание текста рукописи;
Уваров И. Б. – разработка дизайна исследования, анализ полученных данных, написание текста рукописи, критический пересмотр с внесением ценного интеллектуального содержания;
Порханов В. А. – разработка дизайна исследования, критический пересмотр с внесением ценного интеллектуального содержания, окончательное утверждение публикуемой версии рукописи.