

© И. Е. Судовых, Е. А. Дробязгин, Ю. В. Чикинев, 2016
УДК 616.329-089.844-089.168

И. Е. Судовых, Е. А. Дробязгин, Ю. В. Чикинев

УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО ИНДЕКСА

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ректор — проф. И. О. Маринкин)

Ключевые слова: эзофагопластика, качество жизни, гастроинтестинальный индекс, доброкачественные заболевания пищевода

Введение. Пластика пищевода — сложное реконструктивное вмешательство, направленное на восстановление перорального приема пищи при поражении пищевода. Показаниями к пластике пищевода могут быть врожденные пороки развития пищевода, стриктуры пищевода после химического ожога или на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ахалазия кардии, доброкачественные и злокачественные заболевания пищевода [1, 2, 4, 6, 9, 11, 14]. В настоящее время для создания искусственного пищевода чаще используют желудок или левую половину ободочной кишки [1, 6–8, 11, 13].

Важным для оценки результата оперативного вмешательства является не только функционирование искусственного пищевода, но общее самочувствие пациентов и его собственная оценка своего состояния. Причинами этого является выполнение вмешательства у пациентов молодого возраста, работающих и ведущих активный образ жизни. Эта группа пациентов предъявляет более высокие требования к уровню физической и социальной реабилитации после оперативного вмешательства, что необходимо учитывать при планировании хирургического лечения и оценке его результата [3, 5, 10, 12].

Применение неспецифических опросников у этой категории пациентов не позволяет оценить функционирование органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что является основным. Оценка

качества жизни и различных аспектов состояния их здоровья проводится на основании результатов анализа ответов самих пациентов [3, 5, 12].

Цель исследования — провести оценку уровня качества жизни у пациентов с доброкачественными стенозирующими заболеваниями пищевода после эзофагопластики левой половиной ободочной кишки и желудочным стеблем в различные сроки на основании значений гастроинтестинального индекса качества жизни (ГИКЖ).

Материал и методы. На базе клиники кафедры госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» за период с 1995 по 2015 г. эзофагопластика при доброкачественных стенозирующих заболеваниях пищевода выполнена у 200 пациентов.

Для оценки уровня качества жизни проведено анкетирование 55 пациентов при помощи опросника GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index — гастроинтестинальный индекс качества жизни) [6]. Все пациенты оперированы по поводу рубцового послеожогового сужения пищевода и ахалазии кардии. Среди опрошенных пациентов у 30 выполнена экстирпация пищевода с эзофагогастропластикой (ЭГП) и у 25 — субтотальная шунтирующая эзофагоколопластика (ЭКП) с размещением трансплантата в переднем средостении. Данные по пациентам, участвовавшим в исследовании, приведены в табл. 1, 2.

Из оперированных пациентов 33% составили пациенты с рубцовым послеожоговым сужением пищевода. По поводу ахалазии кардии оперированы 15 (27,3%) пациентов, по поводу рефлюкс-эзофагита — 7 (12,7%), в том числе осложненном пептической стриктурой пищевода в сочетании с пищеводом Барретта у 3 из них.

Среди пациентов, которым выполнена ЭГП, у 15 была ахалазия пищевода IV степени, у 9 — рубцовое послеожо-

Сведения об авторах:

Судовых Ирина Евгеньевна (e-mail: isudovikh@gmail.com), Дробязгин Евгений Александрович (e-mail: evgenyidrob@inbox.ru), Чикинев Юрий Владимирович (e-mail: chikinev@inbox.ru), Новосибирский государственный медицинский университет МЗ РФ, 630091, г. Новосибирск, Красный пр., 52

Таблица 1

**Распределение пациентов по полу,
возрасту на момент опроса и проведения
оперативного вмешательства**

Характер операции	Мужчины	Женщины	Возраст на момент операции (лет) Me (25; 75)	Возраст на момент опроса (лет) Me (25; 75)
ЭГП	9	21	48,5 (42,3; 53)	53 (48,3; 58)
ЭКП	14	11	43 (34; 55)	53 (39; 58)
Всего	23	33	47 (37,5; 53,5)	53 (44; 58)

Таблица 2

**Распределение пациентов по давности
вмешательства при анкетировании**

Характер операции	Давность после пластики (1–3 года)	Давность после пластики (более 3 лет)	Итого
ЭГП	14	16	30
ЭКП	8	17	25
Всего	22	33	55

говое сужение пищевода и у 6 — пептическая стриктура пищевода. У больных показанием к эзофагопластике при постожоговых и пептических стриктурах пищевода было отсутствие эффекта от эндоскопического лечения.

После обработки данных, полученных в результате анкетирования, пациенты были разделены на группы

в зависимости от вида вмешательства и давности послеоперационного периода на момент анкетирования (от 1 года до 3 лет и после 3 лет). Оценивали физический и психический компоненты качества жизни, функцию верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта, наличие метеоризма и ГИКЖ (суммарный индекс). Сравнивали результаты оперативного вмешательства между группами пациентов, которым выполнена экстирпация пищевода с ЭГП и субтотальной шунтирующей ЭКП.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программ SPSS 11.5, Statistica 7.0, MS Excel из пакета MS Office 2003 и 2007. Распределение показателей в группах проверено на нормальность с использованием критерия Шапиро—Уилка, различия при межгрупповых сравнениях оценивали на основании критериев Mann — Withney, Kruskal — Wallis и Dunn, принимаемый уровень достоверности — не менее 95%. Характеристики выборки представлены в виде медианных значений с интерквартильными размахами 25 и 75%.

Результаты и обсуждение. Значения показателей ГИКЖ в сравниваемых группах приведены в табл. 3 и 4.

При анализе компонентов опросника и суммарного значения индекса между группами пациентов без учета срока после оперативного вмешательства выявлено, что как отдельные компоненты, так и индекс были выше в группе пациентов после ЭГП. При этом по всем шкалам опросника и индекса различие между группами было достоверно статистически значимо ($p < 0,01$). Полученные в ходе

Таблица 3

Показатели опросника GIQLI в группах пациентов вне зависимости от сроков с момента операции

Показатель	ЭГП	ЭКП	p
Физическое функционирование	36 (29; 42)	26 (24; 30)	0,000282
Функция «нижних» отделов ЖКТ	22 (21; 23)	20 (18; 21)	0,000864
Эмоциональный компонент	26 (19; 29)	19 (14; 22)	0,002386
Функция «верхних» отделов ЖКТ	25,5 (21; 28)	21 (19; 22)	0,000809
Метеоризм	11 (8; 12)	8 (7; 9)	0,000351
Суммарный показатель качества жизни (ГИКЖ)	119,5 (99; 132)	96 (80; 104)	0,000113

Таблица 4

**Сравнительная оценка показателей опросника GIQLI в группах пациентов
в разные сроки после оперативного вмешательства**

Группы наблюдения	Физический компонент	Функция нижних отделов ЖКТ	Эмоциональный компонент	Функция верхних отделов ЖКТ	Метеоризм	Суммарный индекс качества жизни (ГИКЖ)
ЭГП (1–3 года)	29,5 (22,5; 34,8)	21,5 (21; 23)	21 (16,3; 24,8)	22,5 (18; 26,8)	9 (8; 11)	106 (87,3; 118)
ЭГП более 3 лет	41 (36,5; 43)*	22,5 (21; 23,3)*	28,5 (26; 29,3)*	26,5 (25; 28)*	11 (10; 12)*	129 (119,5; 134)*
ЭКП (1–3 года)	25 (22,8; 26,5)	20,5 (17,8; 22)	18 (15,5; 19,3)	19,5 (19; 22,3)	8 (7; 9,3)	87,5 (83; 97,5)
ЭКП более 3 лет	28 (24; 31)*	20 (19; 21)*	19 (14; 230)*	21 (19; 22)*	8 (7; 9)*	97 (91; 105)*

* Разница между группами ЭГП и ЭКП статистически значима ($p < 0,05$).

исследования данные указывают на преимущество эзофагогастропластики перед колопластикой, что совпадает с мнением многих хирургов [1, 7, 8].

При сравнительном анализе между группами пациентов после ЭГП и ЭКП в сроки от 1–3 года и от 3 лет и более после оперативного вмешательства (всего 4 группы сравнения) выявлено, что в срок 1–3 года различия между группами пациентов после ЭГП и ЭКП незначительны ($p>0,05$) как для отдельных компонентов опросника, так и для суммарного показателя ГИКЖ. На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что для участвующих в исследовании пациентов в срок от 1 до 3 лет после эзофагопластики выбор органа-донора для реконструкции пищевода не оказывает существенного влияния на их собственную оценку качества жизни.

Но при сравнении показателей ГИКЖ у пациентов после ЭГП в период 1–3 года и от 3 лет и более обнаружено, что суммарный индекс качества жизни достоверно выше в срок от 3 лет после ЭГП ($p<0,01$). Это обусловлено нарастающими балльными показателями физического здоровья ($p<0,01$), эмоционального компонента ($p<0,05$) и функции верхних отделов ЖКТ ($p<0,05$) в сроки более 3 лет после оперативного вмешательства. В то же самое время, при сравнении основных показателей опросника и суммарного индекса качества жизни у пациентов после ЭКП в сроки от 1 года до 3 лет и более 3 лет достоверных различий не выявлено, хотя отмечается незначительный прирост функции верхних отделов ЖКТ, физического и эмоционального компонентов и ГИКЖ. На основании вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что реконструкция пищевода желудочной трубкой оставляет больше благоприятных возможностей для адаптации организма к новым анатомо-физиологическим условиям после операции, что сказывается в долгосрочной перспективе на более позитивном восприятии своего состояния этой категорией пациентов.

При анализе компонентов опросника и суммарного значения индекса между группами пациентов в сроки более 3 лет после вмешательства выявлено, что неоспоримо достоверное преимущество имеет операция экстирпации пищевода с ЭГП. Покомпонентные балльные оценки и суммарный индекс гастроинтестинального качества жизни у пациентов после ЭГП статистически значимо выше, чем у пациентов после ЭКП ($p<0,01$).

Этот факт позволяет утверждать, что формирование пищевода из желудочной трубки

действительно является более благоприятным для пациентов, особенно в отдаленной перспективе после операции, возможно, за счет более приближенного к анатомическому восстановлению непрерывности пищеварительного тракта [5, 10].

Выводы. 1. Полученные результаты указывают на преимущества экстирпации пищевода с эзофагогастропластикой по сравнению с субтотальной шунтирующей эзофагоколопластикой.

2. Статистически достоверно отмечены ($p<0,01$) более высокие значения гастроинтестинального индекса качества жизни и его компонентов у пациентов после эзофагогастропластики по сравнению с результатами, полученными у пациентов после эзофагоколопластики. При этом в сроки более 3 лет после вмешательства отмечается выраженный прирост по шкалам и гастроинтестинального индекса у пациентов после эзофагогастропластики.

3. Влияние вида эзофагопластики на уровень качества жизни опосредовано ее функциональными результатами из-за возникновения определенных анатомо-функциональных взаимоотношений между внутренними органами, которые оказывают свое воздействие на самочувствие пациентов и функционирование искусственного пищевода.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А., Балалыкин Д.А. Болезни искусственного пищевода. М., 2008. 673 с.
2. Burgos L., Barrena S., Andrés A.M. et al. Colonic interposition for esophageal replacement in children remains a good choice: 33-year median follow-up of 65 patients // J. Pediatr. Surg. 2010. Vol. 45, № 2. P.341–345.
3. Cense H.A., Visser M.R., van Sandick J.W. et al. Quality of life after colon interposition by necessity for esophageal cancer replacement // J. Surg. Oncol. 2004. Vol. 88, № 1. P. 32–38.
4. Coopman S., Michaud L., Halna-Tamine M. et al. Long-term outcome of colon interposition after esophagectomy in children // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2008. Vol. 47, № 4. P. 458–462.
5. Eypasch E., Williams J.I., Wood-Dauphinee S. et al. Gastrointestinal quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument // Brit. J. Surg. 1995. Vol. 82. P. 216–222.
6. Gawad K.A., Busch C., Izbic J.R. The route of reconstruction following esophagectomy // Zentralbl. Chir. 2001. Bd.126, № 1. S.2–8.
7. Hosokawa M., Ishii M., Taguchi D., Aoki T. Esophageal reconstruction using the stomach // Nihon Rinsho. 2011. Vol. 69, № 6. P. 274–277.
8. Kinoshita Y., Udagawa H. Basic technique for reconstruction after esophagectomy // Kyobu Geka. 2010. Vol. 63, № 8. P. 740–743.
9. Molena D., Yang S.C. Surgical management of end-stage achalasia // Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2012. Vol. 24, № 1. P. 19–26.

10. Nakajima M., Kato H., Miyazaki T. et al. Comprehensive investigations of quality of life after esophagectomy with special reference to the route of reconstruction // *Hepatogastroenterology*. 2007. Vol. 54, № 73. P. 104–110.
11. Renzulli P., Joeris A., Strobel O. et al. Colon interposition for esophageal replacement: a single-center experience // *Langenbecks Arch. Surg.* 2004. Bd. 389. S. 128–133.
12. Scarpa M. Quality of life after surgery of the alimentary tract // *World J. Gastroenterol.* 2010. Vol. 40, № 16. P. 5020–5023.
13. Tannuri U., Maksoud-Filho J.G., Tannuri A.C. et al. Which is better for esophageal substitution in children, esophagocoloplasty or gastric transposition? A 27-year experience of a single center // *J. Pediatr. Surg.* 2007. Vol. 42, № 3. P. 500–504.
14. Yannopoulos P., Theodoridis P., Manes K. Esophagectomy without thoracotomy: 25 years of experience over 750 patients // *Langenbecks Arch. Surg.* 2009. Bd. 394, № 4. S. 611–616.

Поступила в редакцию 06.04.2016 г.

I.E.Sudovykh, E.A.Drobyazgin, Yu.V.Chikinev

LEVEL OF THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS AFTER ESOPHAGOPLASTY ON THE BASIS OF GASTROINTESTINAL INDEX ASSESSMENT

Novosibirsk State Medical University

The article presents the interview results of 55 patients after esophagoplasty (30 cases — after esophagogastroplasty, 25 cases — after esophagoplasty) using questionnaire GIQLI. The authors came to conclusions about advantages of extirpation of esophagus with esophagogastroplasty compared with subtotal shunt esophagocoloplasty because of high rate of gastrointestinal index of the quality of life and their components in patients after esophagogastroplasty compared with results of patients after esophagoplasty. There was noted an expressed growth in the scales and rise of gastrointestinal index in patients who underwent esophagogastroplasty after 3 years of follow-up.

Key words: *esophagoplasty, quality of life, gastrointestinal index, benign diseases of esophagus*