

И.Е. Судовых^{1, 2}, Е.А. Дробязгин^{1, 3}, Ю.В. Чикинев³, И.А. Токмаков^{1, 2}**ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ИНДЕКС КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ**¹ ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)² ФГБУ «НИИ региональной патологии и патоморфологии» СО РАМН (Новосибирск)³ ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)

После одномоментной транسخиатальной эзофагопластики, выполненной более 1 года назад по поводу доброкачественных заболеваний пищевода, опросник по оценке гастроинтестинального индекса качества жизни GIQLI заполнили 30 пациентов после экстирпации пищевода с пластикой его желудочной трубкой и 25 пациентов после шунтирующей эзофагопластики левой половиной толстой кишки. По типу эзофагопластики и сроку после операции (1–3 года, 3 и более лет) пациенты разделены на 4 группы. Статистический анализ выявил достоверно ($p < 0,01$) более высокий GIQLI у пациентов после эзофагогастропластики в срок 3 и более года по сравнению с респондентами других групп. В целом без учета давности операции GIQLI выше у пациентов после пластики пищевода желудочной трубкой по сравнению с пациентами после эзофагоколопластики ($p < 0,01$).

Ключевые слова: эзофагопластика, качество жизни, GIQLI, гастроинтестинальный индекс качества жизни

GASTROINTESTINAL INDEX OF LIFE QUALITY OF PATIENTS AFTER ESOPHAGOPLASTYI.E. Sudovykh^{1, 2}, E.A. Drobyazgin^{1, 3}, Yu.V. Chikinev³, I.A. Tokmakov^{1, 2}¹ Novosibirsk State Regional Clinical Hospital, Novosibirsk² Scientific Research Institute of Regional Pathology and Pathomorphology SB RAMS, Novosibirsk³ Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk

After one-stage transhiatal esophagoplasty more than 1 year ago for benign esophageal diseases GIQLI questionnaire was completed by 30 patients after esophageal extirpation with gastric tube esophagoplasty and 25 patients after bypassing esophagoplasty with left colon. Based on type of esophagoplasty and follow-up period (1-3 years, 3 and more years) patients were divided up into 4 groups. Statistic analysis revealed evidently ($p < 0,01$) higher GIQLI in patients 3 and more years after esophagogastroplasty in comparison with other groups of respondents. Generally, without taking follow-up period into account, GIQLI was higher in patients with gastric tube esophagoplasty than after left colon esophagoplasty ($p < 0,01$).

Key words: esophagoplasty, quality of life, GIQLI

ВВЕДЕНИЕ

Эзофагопластика — сложное реконструктивное оперативное вмешательство, направленное на восстановление анатомической и функциональной непрерывности желудочно-кишечного тракта за счет моделирования «нового пищевода» при поражении нативного органа. Как правило, формирование пищевода выполняют из сегмента пищеварительной трубки, чаще органами-донорами выступают желудок и толстая кишка [1, 6, 10, 12]. Показаниями к такому вмешательству могут быть врожденные пороки развития пищевода, приобретенные повреждения органа (стриктуры после химического ожога или на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни), ахалазия кардии, доброкачественные и злокачественные заболевания пищевода [1, 2, 4, 8, 13].

Оценка результатов хирургического вмешательства только медицинскими специалистами — по показателям выживаемости пациентов после операции, отсутствию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и частоте встречаемости нежелательных симптомов — уже не-

достаточно отвечает современным требованиям. В настоящее время эзофагопластика нередко выполняется пациентам молодого и среднего возраста с доброкачественными заболеваниями и поражениями пищевода, работающим и ведущим активный образ жизни, потенциально имеющим прогноз длительной ожидаемой продолжительности жизни. Эта группа больных требует к уровню физической и социальной реабилитации после оперативного вмешательства, и эти ожидания нельзя не учитывать при планировании хирургического лечения и оценке результата операции [2, 4, 9]. В настоящее время качество жизни пациентов призваны отражать специально разрабатываемые опросники, при анализе которых на основании ответов самих пациентов оцениваются различные аспекты состояния их здоровья [3, 11].

Цель работы: сравнительный анализ качества жизни пациентов в отдаленном периоде после эзофагопластики толстой кишкой и желудочной трубкой по поводу доброкачественных заболеваний пищевода на основании значений гастроинтестинального индекса качества жизни (GIQLI).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На вопросы анкеты оценки качества жизни GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index — гастроинтестинальный индекс качества жизни) ответили 55 пациентов: 30 — после субтотальной заднемедиастинальной эзофагогастропластики и 25 — после шунтирующей ретростеральной эзофагоколопластики по поводу рубцовой стриктуры пищевода после его химического ожога или ахалазии кардии. Структура когорты пациентов, участвовавших в исследовании, приведена в таблице 1. На основании полученных данных проведен сравнительный анализ результатов эзофагопластики (ЭП) левой половиной толстой кишки и желудочной трубкой. Учтены составляющие, характеризующие физический и эмоциональный компонент качества жизни, функцию нижних и верхних отделов желудочно-кишечного тракта, наличие метеоризма, а также суммарный индекс у пациентов после эзофагогастропластики (ЭГП) и эзофагоколонопластики (ЭКП), проведено сопоставление данных с учетом типа и давности оперативного вмешательства: в срок от 1 до 3 лет, от 3 и более лет после операции.

Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с применением методов анализа непараметрических данных, различия при межгрупповых сравнениях оценивались на основании критериев Mann — Withney, Kruskal — Wallis и Dunn, принимаемый уровень достоверности — не менее 95 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Значения показателей GIQLI для межгрупповых сравнений приведены в таблице 2.

При анализе составляющих GIQLI покомпонентное сравнение между группами пациентов после ЭГП и ЭКП без учета срока, прошедшего после ЭП на момент настоящего опроса, оказалось, что

по дискретно учитываемым параметрам балльные оценки достоверно выше в группе пациентов после эзофагогастропластики ($p < 0,01$). Также с достоверностью 99 % суммарный индекс GIQLI выше у пациентов после ЭГП по сравнению с группой обследуемых после ЭКП. Этот результат поддерживает сложившееся представление многих хирургов о том, что при выборе пластического материала для эзофагопластики предпочтение следует отдавать желудку [1, 6, 7].

Сравнительный анализ между группами пациентов после ЭГП в срок 1 — 3 года и от 3 лет и более, после ЭКП в срок от 1 — 3 года и от 3 лет и более (всего 4 группы сравнения) выявил следующее: в срок 1 — 3 года различия между группами пациентов после ЭГП и ЭКП незначительны ($p > 0,05$) как для дискретно оцениваемых компонентов опросника, так и для суммарного показателя гастроинтестинального индекса качества жизни. Таким образом, 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.

В то же время сравнение показателей GIQLI у пациентов в период 1 — 3 года и 3 и более лет после ЭГП позволило обнаружить, что суммарный индекс качества жизни достоверно выше в срок от 3 лет после ЭГП ($p < 0,01$), что с учетом дискретного покомпонентного сравнения в этих группах обусловлено, прежде всего, нарастающими балльными показателями физического здоровья ($p < 0,01$), эмоционального компонента ($p < 0,05$) и функции верхних отделов ЖКТ ($p < 0,05$) в более отдаленные сроки после оперативного вмешательства. Таким образом, оценка пациентами своего состояния после эзофагогастропластики с течением времени достоверно улучшается. Возможно, реконструкция пищевода желудочной

Таблица 1

Структура групп исследования

Группа	Муж. (n)	Жен. (n)	Возраст на момент операции, Ме (Q1; Q2), лет	Возраст на момент опроса, Ме (Q1; Q2), лет	Давность ЭП 1–3 года (n)	Давность ЭП от 3 лет (n)	Всего (n)
ЭГП	9	21	48,5 (42,3; 53)	53 (48,3; 58)	14	16	30
ЭКП	14	11	43 (34; 55)	53 (39; 58)	8	17	25
Всего (n)	23	33	47 (37,5; 53,5)	53 (44; 58)	22	33	55

Примечание: ЭГП — эзофагогастропластика; ЭКП — эзофагоколопластика; ЭП — эзофагопластика; n — количество наблюдений.

Таблица 2

Оценка GIQLI, Ме (Q1; Q2)

Группы наблюдения	Физический компонент	Функция нижних отделов ЖКТ	Эмоциональный компонент	Функция верхних отделов ЖКТ	Метеоризм	Сумма
ЭГП (1–3)	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 (≥ 3)	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)	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 (≥ 3)	28 (24; 31)	20 (19; 21)	19 (14; 230)	21 (19; 22)	8 (7; 9)	97 (91; 105)

Примечание: ЭГП (1–3) — 1–3 года после эзофагогастропластики; ЭГП (≥ 3) — 3 и более лет после эзофагогастропластики; ЭКП (1–3) — 1–3 года после эзофагоколопластики; ЭКП (≥ 3) — 3 и более лет после эзофагоколопластики.

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 пациентами после ЭГП.

В настоящем исследовании не выявлено значимых различий ни по общему суммарному индексу GIQLI, ни по оценкам составляющих его компонентов между группами пациентов 1–3 года после эзофагогастропластики и 3 и более лет после эзофагоколопластики ($p > 0,05$). Не получено достоверных расхождений при сравнении анализируемых параметров качества жизни и между пациентами в различные сроки (от 1 до 3 лет, от 3 лет и более) после эзофагоколопластики ($p > 0,05$).

За исключением оценки функции нижних отделов желудочно-кишечного тракта, для составных показателей гастроинтестинального индекса качества жизни пациентов при сравнении групп 1–3 года после ЭКП и 3 и более лет после ЭГП обнаружены достоверно более высокие баллы в группе респондентов после пластики пищевода желудочной трубкой: результаты эзофагогастропластики лучше по итоговой сумме GIQLI, оценке физического, эмоционального компонента, функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта ($p < 0,01$), метеоризма ($p < 0,05$).

На основании анализа GIQLI и его компонентов на поздних сроках после эзофагопластики (3 и более лет) неоспоримо достоверное преимущество имеет эзофагогастропластика, покомпонентные балльные оценки и суммарный индекс гастроинтестинального качества жизни, после которой с достоверностью 99 % выше соответствующих оценок после эзофагоколонопластики в рассматриваемый временной период. 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 восстановления непрерывности пищеварительного тракта [5, 9].

ВЫВОДЫ

Таким образом, в настоящем исследовании показано, что статистически достоверно ($p < 0,01$) более высокие значения гастроинтестинального индекса качества жизни и его компонентов характерны для пациентов после эзофагогастропластики по сравнению с результатами, полученными у пациентов после эзофагоколонопластики. В отдаленном (3 и более лет) периоде после операции эзофагогастропластики по сравнению с наблюдениями на более ранних (1–3 года) сроках после эзофагогастропластики и группах сравнения после эзофагоколопластики (1–3 года, 3 и более лет после эзофагопластики) также зафиксированы достоверно лучшие результаты. Этот факт подтверждает выводы ряда

клиницистов о преимуществе эзофагогастропластики перед эзофагоколопластикой с позиции оценки отдаленных результатов операции, свидетельствуя о более высоком качестве жизни пациентов после эзофагопластики желудочной трубкой и наличии тенденции к улучшению состояния пациентов после эзофагогастропластики с течением времени.

ЛИТЕРАТУРА

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., Martínez L. 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, N 2. — P. 341–345.
3. Cense H.A., Visser M.R., van Sandick J.W., de Boer A.G. et al. Quality of life after colon interposition by necessity for esophageal cancer replacement // *J. Surg. Oncol.* — 2004. — Vol. 88, N 1. — P. 32–38.
4. Coopman S., Michaud L., Halna-Tamine M., Bonneville M. et al. Long-term outcome of colon interposition after esophagectomy in children // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2008. — Vol. 47, N 4. — P. 458–462.
5. Gawad K.A., Busch C., Izbicki J.R. The route of reconstruction following esophagectomy // *Zentralbl. Chir.* — 2001. — Vol. 126, N 1. — P. 2–8.
6. Hosokawa M., Ishii M., Taguchi D., Aoki T. Esophageal reconstruction using the stomach // *Nihon Rinsho.* — 2011. — Vol. 69, N 6. — P. 274–277.
7. Kinoshita Y., Udagawa H. Basic technique for reconstruction after esophagectomy // *Kyobu Geka.* — 2010. — Vol. 63, N 8 — P. 740–743.
8. Molena D., Yang S.C. Surgical management of end-stage achalasia // *Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 2012. — Vol. 24, N 1. — P. 19–26.
9. Nakajima M., Kato H., Miyazaki T., Fukuchi M. et al. Comprehensive investigations of quality of life after esophagectomy with special reference to the route of reconstruction // *Hepatogastroenterology.* — 2007. — Vol. 54, N 73. — P. 104–110.
10. Renzulli P., Joeris A., Strobel O., Hilt A. et al. Colon interposition for esophageal replacement: a single-center experience // *Langenbecks Arch. Surg.* — 2004. — Vol. 389. — P. 128–133.
11. Scarpa M. Quality of life after surgery of the alimentary tract // *World J. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 16, N 40. — P. 5020–5023.
12. Tannuri U., Maksoud-Filho J.G., Tannuri A.C., Andrade W. 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, N 3. — P. 500–504.
13. Yannopoulos P., Theodoridis P., Manes K. Esophagectomy without thoracotomy: 25 years of experience over 750 patients // *Langenbecks Arch. Surg.* — 2009. — Vol. 394, N 4. — P. 611–616.

Сведения об авторах

Судовых Ирина Евгеньевна – кандидат медицинских наук, врач-эндоскопист ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», старший научный сотрудник лаборатории общей и патологической анатомии ФГБУ «НИИ региональной патологии и патоморфологии» СО РАМН (630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко 130; e-mail: isudovykh@gmail.com)

Дробязгин Евгений Александрович – доктор медицинских наук, врач-эндоскопист ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», ассистент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко 130; e-mail: evgenyidrob@inbox.ru)

Чикинев Юрий Владимирович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 52)

Токмаков Иван Александрович – врач-хирург ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», аспирант ФГБУ «НИИ региональной патологии и патоморфологии» СО РАМН (630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко 130)