

ВЛИЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д. Л. Сперанский, Т. Ф. Девятченко, А. Г. Чухнин

Кафедра онкологии с курсом онкологии и гематологии ФУВ ВолгГМУ

Качество жизни (КЖ) – одна из важнейших тем в медицине. Анализ клинического случая после постановки диагноза и определения стратегии лечения должен включать сравнение КЖ пациента до и после лечения. Основой для формирования современных представлений о КЖ в медицине является определение здоровья, под которым понимается состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни [1, 4].

Оценка качества жизни представляет собой простой и надежный метод изучения состояния здоровья человека, основанный на субъективном восприятии и дающий интегрально-цифровую характеристику его физического, психологического и социального функционирования [2, 4].

Цель настоящего исследования: оценить динамику качества жизни у больных раком молочной железы (РМЖ) в процессе специфического противоопухолевого лечения.

Изучение динамики КЖ у больных раком молочной железы в зависимости от вида специфического противоопухолевого воздействия

проводили в параллельных группах больных на следующих этапах лечения:

- больные РМЖ до начала специфического противоопухолевого лечения;
- КЖ у пациенток после хирургического лечения – РМЭ в одной из модификаций (10–14 день после операции);
- оценка КЖ у больных РМЖ после радикальной операции и окончания лучевой терапии;
- изучение КЖ в процессе адъювантной полихимиотерапии;
- оценка КЖ у больных с местно-распространенным или метастатическим раком молочной железы в процессе полихимиотерапии;
- исследование КЖ у больных раком молочной железы в отдаленные сроки после окончания специфического лечения (6–24 месяцев) при отсутствии клинически определяемых признаков рецидивов и метастазов рака.

В качестве контроля использовали средние показатели «нормы», полученные нами при исследовании качества жизни здоровых женщин, соответствующих данной возрастной группе и популяции (см. табл.).

Контрольные показатели шкал оценки качества жизни

Шкала	PF	RP	BP	GH
Баллы	83,7 ± 7,9	80,9 ± 8,7	73,3 ± 4,1	71,4 ± 5,0
Шкала	VT	SF	RE	MH
Баллы	61,8 ± 2,2	83,8 ± 2,4	82,2 ± 3,5	75,2 ± 0,6

В исследование были включены пациентки трудоспособного возраста. Средний возраст обследованных составил (49,6 ± 8,9) лет.

Для получения сопоставимых данных и их дальнейшего применения в клинической практике следует пользоваться стандартными инструментами оценки КЖ.

Мы использовали опросник SF-36, как наиболее распространенный в клинических испытаниях и при индивидуальном мониторинге КЖ

у больных с хроническими заболеваниями и у больных, получающих специфическое противоопухолевое лечение [5, 7].

Оценку КЖ проводили при помощи компьютерного анкетирования больных с использованием опросника SF-36.

На основании объективной оценки КЖ, проведенной самим пациентом, можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния здоровья больного.

**Результаты исследования качества жизни
у больных раком молочной железы в процессе
специфического противоопухолевого лечения**

До начала специфического лечения рака молочной железы наиболее низкие показатели КЖ были получены по шкале общего здоровья и по шкале психологического здоровья (35,1 и 39,3 соответственно), наиболее высокие – по шкале боли и по шкале физического функционирования (76,9 и 72,3 соответственно). Шкалы, которые коррелировали с физическим компонентом, имели в целом более высокие показатели КЖ, чем шкалы, которые коррелировали в большей степени с психологическим компонентом (72,3; 47,7; 76,9 и 63,6; 42,4; 39,3 соответственно). Это подтверждает тот факт, что к моменту установления диагноза и госпитализации в специализированное онкологическое учреждение у пациентов, страдающих раком молочной железы, преобладают нервно-психические изменения, приводящие к нарушениям психологического здоровья, тогда как показатели физического здоровья страдают гораздо меньше.

Шкалы жизнеспособности и общего здоровья, которые коррелировали в равной степени с обоими компонентами, имели в целом низкие показатели (47,3 и 35,1). Наиболее низкий показатель физического здоровья был получен по шкале ролевого физического функционирования, а наиболее низкий показатель, отражающий психологический компонент – по шкале психологического здоровья.

Наиболее низкие показатели КЖ больных РМЖ на 10–14 день после РМЭ в одной из модификаций (с сохранением большой грудной или обеих грудных мышц) в сравнении с исходными показателями были получены по шкале ролевого физического функционирования (20,8) и по шкале ролевого эмоционального функционирования (11,1). Самый высокий показатель – по шкале физического функционирования (57,5), который в то же время значительно отличался от исходных данных. Величины показателей остальных шкал были также значительно ниже результатов обследования до лечения, за исключением шкалы общего здоровья.

После окончания послеоперационной лучевой терапии, проводимой в плане комбинированного или комплексного лечения рака молочной железы, то есть через 1,5–2 месяца после операции, отмечено некоторое увеличение

показателей КЖ по всем шкалам. Наиболее высокие показатели получены по шкале физического функционирования (70,0) и по шкале социального функционирования (65,9), что обусловлено достаточными временными сроками после начала заболевания и этапа хирургического лечения для социальной и физической адаптации пациентов. В то же время самые низкие показатели по-прежнему были зарегистрированы по шкале ролевого физического функционирования (22,7) и по шкале ролевого эмоционального функционирования (27,3). Шкалы, которые коррелировали с физическим компонентом, имели в целом более высокие показатели КЖ после лучевой терапии, чем шкалы, которые коррелировали в большей степени с психологическим компонентом. Незначительно изменились по сравнению с исходным уровнем и послеоперационными значениями показатели по шкалам общего здоровья и жизнеспособности, которые одинаково коррелировали с суммарными измерениями и физического, и психологического здоровья.

На следующем этапе были обследованы больные раком молочной железы после окончания адьювантной полихимиотерапии (ПХТ), при отсутствии признаков рецидивов и метастазов рака во время лечения.

Величины показателей были ниже по сравнению с исходными данными и показателями после лучевой терапии по всем шкалам, за исключением шкалы социального функционирования. Самыми низкими по-прежнему оставались показатели шкалы ролевого физического функционирования (17,9) и шкалы ролевого эмоционального функционирования (19,0). Самые высокие результаты, так же, как после хирургического или лучевого лечения, были показатели шкал физического (60,7) и социального (69,6) функционирования. Распределение величин показателей шкал общего здоровья и жизнеспособности оставалось прежним.

В качестве сравнения мы исследовали показатели КЖ у больных метастатическим или местнораспространенным раком молочной железы, получавших комбинированную химиотерапию, с использованием антрациклинов.

Самые низкие показатели КЖ были по-прежнему отмечены по шкалам ролевого физического (22,9) и ролевого эмоционального (27,8) функционирования. Также в группе пациенток после ПХТ с использованием антрациклинов отмечен наиболее низкий показатель КЖ по шкале

психологического здоровья по сравнению с больными РМЖ до начала лечения, после хирургического лечения, лучевой терапии и адьювантной ПХТ. Наиболее высокие показатели были выявлены по шкале боли (61,2), шкале физического функционирования (59,2) и по шкале социального функционирования (52,1). Распределение величин показателей шкал общего здоровья и жизнеспособности существенно не отличалось от аналогичных показателей в группе больных РМЖ, получавших адьювантную ПХТ. Следует отметить, что показатель КЖ в «переходный» момент изменения состояния здоровья, оцененный пациентками самостоятельно, в группе больных распространенным раком молочной железы после химиотерапии с использованием антрациклинов был значительно ниже ($47,9 \pm 24,9$) по сравнению с пациентками, получавшими адьювантную ПХТ по схеме CMF ($67,9 \pm 18,9$).

Результаты исследования качества жизни у больных раком молочной железы в отдаленные сроки после специфического лечения

При сравнении показателей КЖ до начала лечения и на этапах специфической противоопухолевой терапии обращает на себя внимание то, что сохранялось относительное постоянство распределения самого высокого и самого низкого показателей КЖ на протяжении всего периода наблюдения. Самые высокие показатели во всех точках обследования отмечены по шкале физического функционирования и по шкале социального функционирования. Самые низкие – по шкале ролевого физического функционирования и по шкале ролевого эмоционального функционирования. Показатели КЖ по шкале боли были существенно снижены только после хирургического этапа лечения. Следует отметить, что показатели КЖ по шкалам общего здоровья и жизнеспособности, коррелирующими с физическим и с психологическим здоровьем, были исходно низкими и существенно не менялись на всех этапах обследования. Также необходимо обратить внимание на довольно низкие показатели КЖ по шкале психологического здоровья до начала лечения, которые оставались без значительных перемен при обследовании на каждом этапе лечения рака молочной железы. Практически во всех точках обследования шкалы, которые коррелировали с физическим компонентом, имели в целом более высокие показатели КЖ, чем шкалы, которые коррелировали в большей степени с психологическим компонентом.

При исследовании КЖ у больных РМЖ через 6–24 месяца после проведенного комбинированного или комплексного лечения, при условии отсутствия клинических признаков рецидивов и метастазов рака, мы выявили значительное возрастание показателей по всем шкалам оценки КЖ по сравнению с исходными данными и показателями, полученными в процессе специфического лечения. До среднестатистических значений «нормы», в данной возрастной популяции, восстановились показатели КЖ по шкалам физического функционирования (96,0), ролевого физического функционирования (90,0), боли (100,0), социального функционирования (87,5). Наиболее низкий показатель КЖ был зарегистрирован по шкале психологического здоровья (59,2). Показатели КЖ по шкалам жизнеспособности и общего здоровья, которые были стабильно низкими на всех этапах противоопухолевой терапии, в отдаленные сроки после лечения РМЖ приближаются к показателям «нормы» (62,0 и 69,2 соответственно). В целом шкалы, которые коррелировали с физическим компонентом КЖ, имели более высокие показатели, чем шкалы, которые коррелировали в большей степени с психологическим компонентом. На основании этого, можно сделать вывод о том, что после окончания лечения, восстановление физического здоровья у больных РМЖ происходит быстрее и более выражено, чем психологического.

Таким образом, при изучении динамики КЖ у больных раком молочной железы, мы выявили достоверное снижение показателей КЖ по шкалам ролевого физического функционирования, общего здоровья, жизнеспособности ролевого эмоционального функционирования и психологического здоровья уже в момент установления диагноза и подготовки к специальному противоопухолевому лечению. Следует отметить, что наиболее низкие показатели КЖ были получены по параметрам, коррелирующим в большей степени с психологическим здоровьем. Хирургическое лечение, РМЭ в одной из модификаций, приводило к значительному снижению показателей КЖ по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования, ролевого эмоционального функционирования и психологического здоровья. На основании этого, мы можем подтвердить тот факт, что удаление молочной железы по поводу раку приводит не столько к физическим страданиям, сколько к психо-эмоциональным нарушениям.

Мы выявили также значительное снижение показателей КЖ по шкалам ролевого физического и ролевого эмоционального функционирования после лучевой терапии. Адьювантная ПХТ или терапия распространенного РМЖ также привела к значительному снижению показателей КЖ по сравнению с исходными данными по шкале ролевого физического функционирования и по шкале ролевого эмоционального функционирования. В целом снижение суммарных показателей физического и психологического здоровья в этих двух группах больных было примерно одинаковым.

Следует отметить тот факт, что на всех этапах специфической противоопухолевой терапии сохранялось относительное постоянство распределения самого высокого и самого низкого показателей КЖ. Самые высокие показатели во всех

точках обследования отмечены по шкале физического функционирования и по шкале социального функционирования. Самые низкие – по шкале ролевого физического функционирования и по шкале ролевого эмоционального функционирования.

Таким образом, включение оценки качества жизни в исследование является важным элементом, позволяющим улучшить качество научной работы (Osoba D., 1992). Исследование КЖ является надежным, информативным и экономичным методом оценки состояния здоровья больного, как на групповом, так и на индивидуальном уровне. В онкологических исследованиях оценка КЖ является важным критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение. Оценка качества жизни в клинических исследованиях улучшает качество самого исследования [1, 2].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ионова Т. И., Новик А. А., Сухонос Ю. А.* // *Вопр. онкологии.* – 1998. – Т. 44, № 6. – С. 749–752.
2. *Ненарокомов А. Ю., Сперанский Д. Л., Аревшатов Э. В. и др.* // *Фундаментальные исследования.* – 2012. – № 2 (Ч. 2). – С. 421–425.
3. *Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П.* Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб., 1999. – 140 с.
4. *Петров В. И., Седова Н. Н.* Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград, 2001. – 93 с.
5. *Cella D. F.* // *Support Care Cancer.* – 1995. – Vol. 3. – P. 11–22.
6. *Osoba D. ed.* Effect of cancer on quality of life. – Boca Raton, FL: CRC. – 1991.
7. *Ware J. E.* // *Public Health.* – 1995. – Vol. 16. – P. 327–354.

Научное издание

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ВЕСТНИК

Научно-информационный журнал

№ 4 (56) Том 8
Декабрь 2014

Журнал зарегистрирован Нижне-Волжским межрегиональным
территориальным управлением МПТР.

Свидетельство о регистрации ПИ № 9-0664
от 27 апреля 2004 г.

Редактор *Е. В. Максимова*
Компьютерная верстка *Е. Е. Таракановой*
Оформление обложки *Е. А. Могутиной*

Директор Издательства ВолгГМУ Л. К. Кожевников

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 34.12.01.543. П 000006.01.07 от 11.01.2007 г.

Подписано в печать 29.12.2014 г. Формат 60x84/8.
Усл. печ. л. 7,44. Уч.-изд. л. 6,65.
Тираж 1000 (1-й – 180). Заказ № 337.
Цена свободная.

Издательство ВолгГМУ, редакция
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45.

Отпечатано в производственно-полиграфическом отделе Издательства ВолгГМУ
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45.