

УДК 616.89:351-006.6

*С.И. Табачников, А.Ю. Васильева***ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: качество жизни, непсихотические психические расстройства, злокачественные новообразования

Достижения современной онкологии позволяют не только добиваться улучшения результатов лечения, но и ставят вопрос о качестве жизни больного. В онкологической практике принято оценивать результаты лечения по трем критериям: «ответу опухоли», безрецидивной выживаемости (трех- и пятилетней) и критерию «качества жизни» (КЖ), причем именно критерий КЖ является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и более важным, чем первичный «опухолевый ответ» [1].

Официально понятие качества жизни больного было признано в медицине в 1977 г., когда появилось в качестве рубрики Cumulated Index Medicus [2]. Хотя общепринятого определения КЖ не существует, большинство исследователей сходятся в том, что понятие тесно связано с определением здоровья, данным ВОЗ. Поэтому под качеством жизни понимают интегральную оценку физического, психического и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии [2]. Оценка КЖ позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного с

учетом как связанных, так и не связанных с заболеванием факторов. Уникальное свойство КЖ – возможность наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, учесть мнение самого больного, составить максимально полную и объективную картину болезни и ее последствий [1].

Кроме того, качество жизни является независимым и весьма значимым прогностическим фактором для оценки эффективности противоопухолевой терапии, толерантности больного к лечению и выживаемости [3, 4]. Следует отметить, что влияние качества жизни на выживаемость являлось прогностическим фактором независимо от метода лечения [5]. Интересные результаты были получены в исследованиях, убедительно продемонстрировавших расхождение в оценке КЖ больным и лечащим врачом [6], – именно оценка больного в большей степени коррелирует с выживаемостью [7], чем общеизвестные клинические данные о стадии заболевания и первичном «опухолевом ответе» [1, 8, 9].

Целью нашего исследования явилось оценить качество жизни пациентов со злокачественными новообразованиями различной локализации.

Материал и методы исследования

В исследование вошли пациенты с онкологической патологией желудочно-кишечного тракта (новообразования желудка, ободочной и прямой кишки) – 138 пациентов (30,6±2,2%), онкогинекологической (новообразования органов женской половой сферы – матки и яичников) – 210 пациенток (46,7±2,4%) и онкоурологической патологией (новообразования почек, мочевого пузыря и предстательной железы) – 102 пациента (22,7±1,9%).

Распределение пациентов, включенных в исследование, в зависимости от тяжести основного онкологического заболевания было следующим: у 39 пациентов (8,7±1,3%) онкологами

была выявлена I стадия заболевания, у 183 пациентов (40,7±2,3%) – II стадия, у 221 пациента (49,1±2,4%) – III стадия и у 7 пациентов (1,5±0,6%) – IV стадия.

234 пациента (52,0±2,4%) страдали злокачественными новообразованиями менее 1 года, у 125 пациентов (27,8±2,1%) длительность онкологического заболевания составила от 1 года до 3-х лет, у 76 пациентов (16,9±1,7%) – 3-5 лет и у 15 пациентов (3,3±0,8%) – более 5 лет.

В соответствии с международной классификацией болезней 10-го пересмотра, выявленные эмоциональные расстройства у онкологических больных представлены депрессивными наруше-

ниями в рамках симптоматических депрессивных расстройств (F 06.32) (138 пациентов, 44,1±2,8%), а также расстройств адаптации – пролонгированной депрессивной реакции (F 43.21) (34 пациента, 10,9±1,7%) и смешанной тревожно-депрессивной (F 43.22) реакции (46 пациентов, 14,7±2,0%). Преимущественно анксиозные нарушения представлены симптоматическими тревожными расстройствами (F 06.4) (33 пациента, 10,5±1,7%) и расстройствами адаптации в виде реакций с преобладанием тревоги (F 43.23) (62 пациента, 19,8±2,5%). У 137 пациентов (30,4±2,1%) эмоциональные нарушения не достигали клинического уровня, что позволило отнести их к группе условной психиатрической нормы (Z 85).

Для изучения КЖ у больных применяли русскую версию общего опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey-36) [10, 11].

MOS SF-36, созданный J.E. Ware (The Health Institute, New England Medical Center, Boston, США), обеспечивает количественное определение качества жизни по шкалам:

1. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование: работу, выполнение будничной деятельности. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. General Health (GH) – общее состояние здоровья: оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Vitality (VT) – жизненная активность (подразумевает ощущение себя полным сил и энер-

гии или, напротив, обессиленным). Низкие баллы свидетельствуют об утомлении больного, снижении жизненной активности.

6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование (определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность – общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п. Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Mental Health (MH) – оценка психического здоровья (характеризует настроение – наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций). Низкие показатели свидетельствуют о психическом неблагополучии.

Все шкалы формируют два интегральных показателя: «физический компонент здоровья» (Physical health – PH 1) и «психологический компонент здоровья» (Psychological health – PH 2). «Физический компонент здоровья» составляют шкалы: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли и общее состояние здоровья. «Психологический компонент здоровья» состоит из следующих шкал: психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование и жизненная активность [12].

При этом показатели по каждой шкале могут варьировать от 0 до 100 баллов (большее число баллов соответствовало более высокой оценке по избранной шкале).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась в пакете MedStat с использованием стандартных методов, а также рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса и множественных сравнений (критерий Данна).

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе полученных нами данных обнаружено, что качество жизни пациентов, страда-

ющих злокачественными новообразованиями различной локализации, оказалось значительно

сниженным по всем шкалам опросника MOS SF-36 (табл. 1). При анализе структуры КЖ у пациентов, страдающих онкологической патологией ЖКТ, выявлены наиболее низкие показатели по шкалам «интенсивность физической боли» (35,0±1,2 балла), «жизненная активность» (35,0±0,8 балла) и «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» (25,0±0,7 балла). В структуре КЖ пациенток с онкогинекологической патологией существенно сниженными оказались показатели по шкалам «социальная активность» (20,0±1,2 балла) и «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» (25,0±1,0 балла). Таким образом, наиболее низ-

кие показатели КЖ, касающиеся преимущественно физической сферы, были у пациентов, страдающих онкологической патологией ЖКТ – физический компонент здоровья составил 40,0±1,2 балла. Наличие физических проблем (в т.ч. боли) способствовало формированию ограничительного поведения в повседневной деятельности. У пациенток, страдающих онкогинекологической патологией, снижение качества жизни отмечалось в большей степени за счет психологического компонента здоровья (32,5±1,2 балла), в частности – резкого снижения социальной активности и роли эмоциональных проблем (20,0±1,2 и 25,0±1,0 баллов соответственно).

Таблица 1

Показатели качества жизни онкопациентов с различной локализацией опухолевого процесса

SF-36	Онкологическая патология ЖКТ (n=138)	Онкогинекологическая патология (n=210)	Онкоурологическая патология (n=102)	Уровень значимости различия, p
PF	44,0±0,7	46,0±0,8	48,0±0,8	<0,001*
RP	40,0±0,7	45,0±0,9	40,0±0,7	<0,001*
BP	35,0±1,2	50,0±0,4	55,0±1,4	<0,001*
GH	45,0±0,9	40,0±0,8	40,0±0,5	<0,001*
VT	35,0±0,8	40,0±0,9	45,5±0,5	<0,001*
SF	40,0±1,1	20,0±1,2	40,0±0,9	<0,001*
RE	25,0±0,7	25,0±1,0	40,0±0,5	<0,001*
MH	50,0±0,9	45,0±0,9	40,0±0,6	<0,001*
PH 1	40,0±1,2	45,5±1,1	45,5±1,5	<0,001*
PH 2	37,5±2,3	32,5±1,2	41,5±1,3	<0,001*

Примечание. PF – физическая активность; RP – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; BP – интенсивность физической боли; GH – общее восприятие здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальная активность; RE – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; MH – психическое здоровье; PH 1 – физический компонент здоровья; PH 2 – психологический компонент здоровья.

Нами также была проведена оценка качества жизни онкопациентов, у которых были выявлены непсихотические психические расстройства (табл. 2). Наихудшим восприятие КЖ оказалось онкопациентами с симптоматическими депрессивными и тревожными расстройствами, что объясняется, по нашему мнению, сочетанием факторов соматогенного и психогенного характера. Во-первых, наличие онкологического заболевания: стадия и локализация опухолевого процесса, основные клинические проявления способствовали довольно существенным ограничениям практически во всех сферах жизни пациентов, которые в свою очередь в некоторых случаях оказались более значимыми для пациента, чем даже само физическое неблагополучие. Во-вторых, значительно влияло на КЖ ощущение жизненного неблагополучия в социальном и эмоциональном аспектах. Большинство пациентов волновала необходимость длительного противоопухолевого лечения (курсы полихи-

мио- и лучевой терапии), проведения диагностических инструментальных исследований, неблагоприятные изменения внешности, связанные с проявлениями как самого заболевания, так и специального лечения. Существенное влияние на КЖ пациентов оказали и такие факторы, как наличие поддержки со стороны семьи, родственников, друзей и медицинского персонала противоопухолевого центра.

Как видно из табл. 2, существенное снижение качества жизни пациентов с симптоматическими расстройствами носило диффузный характер за счет низких показателей, касающихся как физической (PH 1 F 06.32 – 23,5±0,9 балла; PH 1 F 06.4 – 39,5±0,4 балла) (роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности и интенсивность физической боли), так и эмоциональной сфер жизни (PH 2 F 06.32 – 23,5±1,3 балла; PH 2 F 06.4 – 32,5±0,8 балла) (жизненная активность и роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности).

Показатели качества жизни онкобольных с непсихотическими психическими расстройствами

	F 06.32 (n=138)	F 06.4 (n=33)	F 43.21 (n=34)	F 43.22 (n=46)	F 43.23 (n=62)	Z 85 (n=137)	Уровень значимости различия, p
PF	28,0±0,5	42,0±0,7	35,0±0,9	42,5±0,5	50,0±0,4	65,0±0,6	<0,001*
RP	20,0±0,5	35,0±0,7	30,0±1,2	40,0±0,9	50,0±1,3	70,0±1,4	<0,001*
BP	20,0±0,6	30,0±1,2	35,0±1,0	40,0±0,5	50,0±0,6	65,0±2,2	<0,001*
GH	25,0±0,6	50,0±0,9	30,0±0,9	40,0±0,6	45,0±0,4	60,0±0,7	<0,001*
VT	20,0±0,4	30,0±0,8	44,0±0,8	50,0±0,8	52,0±0,5	68,0±1,5	<0,001*
SF	30,0±1,0	40,0±1,1	45,0±0,9	50,0±0,7	50,0±0,5	65,0±0,7	<0,001*
RE	20,0±0,5	20,0±0,7	55,0±0,4	60,0±1,4	65,0±0,8	65,0±1,3	<0,001*
MH	25,0±0,8	40,0±0,9	45,0±0,8	45,0±0,5	50,0±0,4	70,0±0,8	<0,001*
PH 1	23,5±0,9	39,5±0,4	32,5±0,7	40,7±1,3	48,7±0,5	65,0±1,5	<0,001*
PH 2	23,5±1,3	32,5±0,8	47,5±1,2	51,3±0,6	54,2±0,9	67,0±1,3	<0,001*

Примечание. PF – физическая активность; RP – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; BP – интенсивность физической боли; GH – общее восприятие здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальная активность; RE – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; MH – психическое здоровье; PH 1 – физический компонент здоровья; PH 2 – психологический компонент здоровья.

Несколько выше оказался уровень КЖ у онкобольных с тревожно-депрессивными нарушениями в рамках расстройств адаптации, чем в группе пациентов с симптоматическими расстройствами. Пациенты с расстройствами адаптации отмечали неудовлетворенность преимущественно физическим компонентом здоровья (PH 1 F 43.21 – 32,5±0,7 балла; PH 1 F 43.22 – 40,7±1,3 балла; PH 1 F 43.23 – 48,7±0,5 балла).

Качество жизни онкологических больных, эмоциональные нарушения которых не достигли клинического уровня, оказалось сниженным, но в достоверно меньшей степени, чем у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (PH 1 Z 85 – 65,0±1,5 балла; PH 2 Z 85 – 67,0±1,3 балла).

Интегральные показатели КЖ онкопациентов с непсихотическими психическими расстройствами, в зависимости от локализации опухолевого процесса представлены в таблице 3. Анализируя

эти данные, следует отметить, что наихудшее восприятие как физического, так и психологического компонентов здоровья в структуре КЖ в группе больных с онкогинекологической патологией оказалось у пациенток с симптоматическими депрессивными расстройствами (PH 1 – 23,5±0,9 балла; PH 2 – 20,3±0,6 балла) и пролонгированными депрессивными реакциями в рамках расстройств адаптации (PH 1 – 27,5±0,7 балла; PH 2 – 42,5±0,4 балла). Значительное снижение КЖ в группе больных с онкологической патологией ЖКТ было выявлено у пациентов с тревожными расстройствами в рамках симптоматических (PH 1 – 36,5±0,4 балла; PH 2 – 32,1±0,9 балла) и адаптационных расстройств (PH 1 – 46,8±1,4 балла; PH 2 – 50,3±0,6 балла). Наибольшее снижение КЖ в группе пациентов с онкоурологической патологией отмечено у лиц СС смешанными тревожно-депрессивными реакциями (PH 1 – 40,3±0,4 балла; PH 2 – 45,2±1,3 балла).

Таблица 3

Интегральные показатели качества жизни онкопациентов с непсихотическими психическими расстройствами в зависимости от локализации опухолевого процесса

		Онкологическая патология ЖКТ (n=138)	Онкогинекологическая патология (n=210)	Онкоурологическая патология (n=102)
F 06.32 (n=138)	PH 1	25,2±0,8	23,5±0,9	28,0±0,4
	PH 2	23,3±1,3	20,3±0,6	25,5±0,8
F 06.4 (n=33)	PH 1	36,5±0,4	37,5±1,3	41,5±0,5
	PH 2	32,1±0,9	34,5±0,8	38,0±0,9
F 43.21 (n=34)	PH 1	34,2±0,3	27,5±0,7	38,5±1,2
	PH 2	45,7±1,2	42,5±0,4	49,0±1,4
F 43.22 (n=46)	PH 1	40,8±0,7	42,6±1,3	40,3±0,4
	PH 2	52,4±1,4	50,3±0,6	45,2±1,3
F 43.23 (n=62)	PH 1	46,8±1,4	48,7±0,5	50,3±0,6
	PH 2	50,3±0,6	54,2±0,9	56,6±0,8
Z 85 (n=137)	PH 1	66,5±0,7	68,1±1,3	72,5±0,8
	PH 2	60,5±1,3	65,3±1,5	70,0±1,6

Примечание. PH 1 – физический компонент здоровья; PH 2 – психологический компонент здоровья.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что качество жизни пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, значительно снижено. Наиболее низкими оказались следующие показатели: роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, интенсивность физической боли и роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, что в свою очередь резко ограничивает жизненную активность пациентов и, как следствие, обуславливает низкий уровень социальной адаптации онкобольных.

Снижение качества жизни у онкобольных с непсихотическими психическими расстройствами носит диффузный характер, затрагивая в равной степени как физический, так и психологический компонент здоровья пациентов. Степень снижения качества жизни в субъективном восприятии онкобольных зависит не только от степени выраженности проявлений основного он-

кологического заболевания, но и от сопутствующих эмоциональных расстройств.

Оценка качества жизни пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями различной локализации, является информативным методом, позволяющим охарактеризовать показатели здоровья пациентов как на групповом, так и на индивидуальном уровне, количественно оценить изменения КЖ в процессе проведения противоопухолевой терапии и выделить составляющие, вносящие наиболее весомый вклад в обусловленные как онкологическим заболеванием, так и специализированным лечением изменения качества жизни больных. Аутомониторинг качества жизни позволяет обеспечить активное участие больного в комплексной оценке своего состояния и составить индивидуальную программу медико-психологической реабилитации на стационарном и амбулаторном этапах.

С.І. Табачніков, А.Ю. Васильєва

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ОНКОЛОГІЧНУ ПАТОЛОГІЮ

УкрНДІ соціальної судової психіатрії та наркології МОЗ України

В роботі представлені дані оцінки якості життя хворих із злоякісними новоутвореннями, що страждають на непсихотичні психічні розлади. Проведений аналіз ЯЖ в залежності від виду психо-емоційних розладів та від локалізації пухлини. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 42-46).

S. Tabachnikov, A. Vasylyeva

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF THE CANCER PATIENTS

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and addictology

In work are given ratings of quality of life of the patients with non-psychotic psychic disorders, who suffer from cancer. The analysis QL is carried out depending on a kind of psycho-emotional frustration and from cancer localization. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 42-46).

Литература

1. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. — 2000. — Т. 2. — № 1-2. — С.25-28.
2. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине.— Санкт-Петербург.— ЭЛБИ.— 1999.— С.139.
3. Browman G. P., Berrang T., Smith S. Prognostic Tools for Cancer Survival: A Secondary Role for Quality-of-Life Measurement // J. Clin. Oncol. — 2009. — Vol. 27(18). — P. 2902 - 2904.
4. Earlam S., Glover C., Fordy C. et al. Relation between tumor size, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases // J. Clin. Oncol. — 1996. — Vol. 14. — P. 171-175
5. Loprizini C.L., Laurie A., Wieand H.S. et al. Prospective evaluation of prognostic variables from patient-completed questionnaires // J. Clin. Oncol. — 1994. — Vol. 12. — P. 601-607.
6. Slevin M.L., Plant H., Lynch D. et al. Who should measure quality of life, the doctor or patient // Brit J Cancer. — 1988. — Vol. 57. — P. 109-112.
7. Coates A., Gebski V., Signorini D. et al. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer // J. Clin. Oncol. — 1992. — Vol. 10. — P. 1833-1838.
8. Kaasa S., Mastekaasa A., Lund E. Prognostic factors for patients with inoperable non-small lung cancer, limited disease // Radiother Oncol. — 1989. — Vol. 15L. — P. 235-242.
9. Sedman A.D., Portney R., Yao T.J. Quality of life in Phase II Trials: a study of methodology and predictive value in patients with advanced breast cancer // J Natl Cancer Inst. — 1995. — Vol. 87. — P. 1316-1322.
10. Ware J.E., Sherbourne C.D.. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Medical Care. — 1992. — Vol. 30. — P. 473-83.
11. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1993.
12. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994.

Поступила в редакцию 10.11.2009