



УДК 618.19-006.6:[314:330.12]-021.272:001.8

А.С. О¹, В.Г. Дьяченко²

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЕРЕД НАЧАЛОМ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

¹Краевой клинический центр онкологии, 680042, ул. Воронежское шоссе, 164, e-mail: info@kkco.khv.ru;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: ozd@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Изучены показатели качества жизни 237 женщин страдающих раком молочной железы после радикальной мастэктомии и перед началом комплексной полихимиотерапии с помощью анкет-опросников EORTC QLQ-C30 по 2 шкалам: функциональной и симптоматической. Наибольшие нарушения показателей качества жизни выявлены у пациенток с местно-распространенными формами и с прогрессированием опухолевого процесса рака молочной железы.

Ключевые слова: рак молочной железы, качество жизни, полихимиотерапия.

A.S. O¹, V.G. Dyachenko²

QUALITY OF LIFE OF BREAST CANCER PATIENTS BEFORE STARTING ADJUVANT CHEMOTHERAPY

¹Regional clinical center of oncology;

²Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The parameters of life quality of 237 women with breast cancer after radical mastectomy and chemotherapy before using complex forms are studied with the help of questionnaires EORTC QLQ-C30 at 2 scales: functional and symptomatic. The highest life quality violations were detected in patients with locally advanced forms and with the progression of tumor breast cancer.

Key words: breast cancer, quality of life, chemotherapy.

По данным ВОЗ рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенной причиной смерти женщин страдающих онкологическими заболеваниями (более полумиллиона в год) и наиболее часто диагностируемым онкологическим заболеванием среди женщин [3]. Социальная значимость проблемы РМЖ определяется не только показателями последствий лечения, но и изменением качества жизни пациентов. Современные достижения химио- и лучевой терапии в значительной степени увеличили шансы больных на выздоровление. Однако оценка таких критериев эффективности проведенного лечения, как общая выживаемость и продолжительность безрецидивного периода, не всегда удовлетворяют специалистов. При сроках выживаемости более 5 лет одним из главных критериев, определяющих состояние пациентов, эффективность лечения, является качество жизни (КЖ). Качественные характеристики жизни далеко не всегда могут быть обеспечены только применением совре-

менных методов противоопухолевого лечения, необходимо использование дополнительных методов воздействия [1].

В течение последних 20 лет наблюдается рост заболеваемости РМЖ в Хабаровском крае среднегодовой темп прироста с 1993 года составляет 2,3 %, что достоверно выше, чем в целом по РФ ($p < 0,05$). Ежегодно в регионе регистрируется более 500 женщин страдающих РМЖ, а стандартизованный показатель заболеваемости РМЖ составляет 51,37 $\frac{\%}{10000}$ [4]. Реализация маммографического скрининга в последние десять лет привела к тому, что в 80 % впервые диагностированных случаев РМЖ опухоль имела размеры менее 2,0 см в диаметре. Это позволяет считать, что вместе с реализацией стандартных протоколов лечения, уменьшение размера диагностированной опухоли привело к снижению смертности, особенно в группе женщин в возрасте от 40 до 69 лет. Показатель излеченности в виде соотношения числа больных и умерших от РМЖ

в Хабаровском крае в 2003 году составил 50,1 %, а в 2012 году 77,7 % [7]. В то же время, следует отметить, что мировая статистика ещё одного показателя – пятилетней выживаемости пациентов с РМЖ – в США составляет 90 %, в Финляндии – 86 %, в Швеции – 85 %, а в РФ – 43 %, что не может настраивать на позитивный лад отечественных онкологов [12].

Несмотря на определенные достижения в реализации стратегии ранней диагностики и эффективности лечения, для женщин страдающих РМЖ большое значение имеет показатель КЖ в виде оптимального состояния и степени восприятия удовлетворения потребностей (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и достижения благополучия и самореализации в ходе комплексного лечения [2, 5, 6, 8]. Оценка показателя КЖ до лечения, в процессе и после лечения позволяет лечащему врачу индивидуализировать подходы в определении тактики комплексной терапии с учетом не только клинического статуса пациента, но и уровня формирования функциональных и симптоматических шкал КЖ.

По нашему мнению, весьма важным моментом, определяющим тактику всей последующей реализации комплексной терапии, непосредственно после диагностики РМЖ является изучение качества жизни больных, с момента диагностики до начала проведения комплексной терапии, что и определило цель данного исследования.

Материалы и методы

Исследование КЖ проводилось в 2013–2014 гг. в Краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения Хабаровского края у пациенток с впервые диагностированным РМЖ. В данном проекте участвовало 237 женщин, на этапе с момента диагностики до начала комплексной полихимиотерапии. Средний возраст обследованных составил 47,3 года с колебаниями от 24 до 70 лет. Отбор пациенток производился методом случайной выборки.

Принципы, изложенные в Хельсинкской декларации, при проведении исследования соблюдены полностью, сохранена анонимность и конфиденциальность информации. Настоящее исследование согласовано с этическим комитетом КБУЗ ККЦО МЗ ХК. Изучение качества жизни больных проводилось в рамках Международного протокола с Европейской организацией исследования и лечения рака с помощью анкет-опросников EORTC QLQ-C30, специфичного для больных раком молочной железы и успешно апробированных ранее [9, 10, 11]. Методика исследования КЖ у больных РМЖ (EORTC QLQ-C30) позволяет оценивать показатели КЖ по 2 шкалам: функциональной (общее состояние, физическое состояние, познавательные функции, эмоциональная сфера, социальный статус) и симптоматической (устомление, тошнота/рвота, боль, одышка, бессонница, аппетит). Для относительных показателей была рассчитана стандартная ошибка.

Результаты и обсуждение

Общее состояние больных после радикальной мастэктомии перед началом комплексной полихимиоте-

рапии было обусловлено: во-первых, наличием самого опухолевого заболевания и опухолевой интоксикацией, во-вторых, психоэмоциональным состоянием женщин, страдающих РМЖ. Изучаемые контингенты женщин были разделены на три основные группы в соответствие с формами РМЖ и по режиму полихимиотерапии:

- пациентки с I-II стадией РМЖ (адьювантный режим полихимиотерапии);
- пациентки с местно-распространенными формами РМЖ в III и IV стадии процесса (неоадьювантный режим полихимиотерапии);
- пациентки с прогрессированием опухолевого процесса (режим полихимиотерапии для форм РМЖ с прогрессированием).

Анализ полученных данных показал, что перед началом проведения полихимиотерапии у женщин после радикальной мастэктомии показатели общего состояния пациенток во всех трех изучаемых группах были неоднородными (табл. 1). В частности, у пациенток с I-II стадией РМЖ уровень общего статуса здоровья был наиболее высоким ($56,82 \pm 2,64$ балла) у пациенток с местно-распространенными формами РМЖ он был значительно ниже ($50,08 \pm 1,99$ балла), а самым низким ($44,15 \pm 2,38$ балла) он был у пациенток с прогрессированием опухолевого процесса.

Таблица 1

Общий статус здоровья обследуемых контингентов женщин с РМЖ (баллы)

Группы	Общий статус здоровья до лечения
Пациентки с I-II стадией РМЖ	$56,82 \pm 2,64$
Пациентки с местно-распространенными формами РМЖ в III и IV стадии процесса	$50,08 \pm 1,99$
Пациентки с прогрессированием опухолевого процесса	$44,15 \pm 2,38$

Показатели физического функционирования были снижены во всех группах обследуемых за счет травматических последствий оперативного вмешательства: боли, ограничения физических нагрузок и объема движений верхней конечности, а так же лимфедемы. В частности, у пациенток с I-II стадией РМЖ уровень физического функционирования был наиболее высоким ($80,46 \pm 2,64$ балла), наименьший показатель был зафиксирован в группе больных с местно-распространенными формами РМЖ ($61,72 \pm 1,99$ балла), а в группе с прогрессированием опухолевого процесса уровень физического функционирования, как ни парадоксально, формировался на более высоком уровне ($65,34 \pm 2,38$ балла).

Другим немаловажным аспектом, оцениваемым в совокупности КЖ у женщин с РМЖ, является ролевое и психоэмоциональное функционирование. Значения, полученные в ходе данного исследования, оказались неутешительными. Большое влияние на ролевое функционирование и психоэмоциональный фон оказывали боязнь распространенности процесса, развития опухоли в другом органе, подавленность, проблемы со сном, наличие ограничений при ежедневном выполнении своих повседневных дел, работы, профессиональных на-

выков, утрата работоспособности, нереализованность своих возможностей, страх перед смертью. Именно эти проблемы приводят к формированию депрессий и психических отклонений у многих пациенток.

Уровень ролевого, так же как и физического функционирования наибольшего значения достигал в группе пациенток с I-II стадией РМЖ ($68,76 \pm 2,64$ балла), что же касается изменений психо-эмоционального фона, то здесь также доминировала группа пациенток с I-II стадией РМЖ ($74,234 \pm 2,64$ балла), однако отрыв от группы больных с местно-распространенными формами РМЖ был не столь велик ($69,88 \pm 1,99$ балла), равно, как и группы с прогрессированием опухолевого процесса ($70,86 \pm 2,38$ балла) (табл. 2).

Когнитивные расстройства, такие как нарушение памяти, снижение концентрации внимания проявляются не только как нежелательные эффекты опухолевого процесса, но и как возрастные изменения в группе части женщин с РМЖ. У пациенток с I-II стадией РМЖ уровень когнитивных функций был наиболее высоким ($80,36 \pm 2,64$ балла), наименьший показатель был зафиксирован в группе больных с местно-распространенными формами РМЖ ($73,44 \pm 1,99$ балла), а в группе с прогрессированием опухолевого процесса уровень когнитивных функций формировался на более высоком уровне ($77,71 \pm 2,38$ балла).

Социальное функционирование связано с наличием косметического дефекта и постмастэктомического отека после оперативного лечения, ограничения движений в конечности, хронического болевого синдрома, зуда, жжения при местно-распространенных процессах. Отсутствие молочной железы также накладывает отпечаток на поведение пациенток. Снижение уровня социального функционирования приводит к формированию семейных проблем, замкнутости пациентки и ограничению круга общения. У пациенток с местно-распространенными формами РМЖ уровень социального функционирования был наиболее высоким ($73,12 \pm 1,99$ балла), наименьший показатель был зафиксирован в группе больных с прогрессированием опухолевого процесса ($69,31 \pm 2,38$ балла). В группе пациентов с I-II стадией РМЖ уровень социального

функционирования занимал промежуточное положение ($70,86 \pm 2,64$ балла).

Оценка показателей по симптоматической шкале подразумевает под собой наличие клинических проявлений, приводящих к ухудшению КЖ. Более высокие баллы усталости, тошноты и рвоты наблюдаются у больных с прогрессирующим течением заболевания, обусловленным интоксикацией и раковой кахексией $56,4 \pm 2,38$ и $17,83 \pm 2,38$ баллов соответственно. Следующим показателем, существенно снижающим КЖ у больных РМЖ и требующим к себе особого внимания со стороны лечащего врача, является болевой синдром. Наиболее высокие показатели хронического болевого синдрома наблюдались у больных с местно-распространенными и прогрессирующими формами, зачастую требующими назначения сильнодействующих и наркотических анальгетиков ($45,76 \pm 1,99$ и $45,23 \pm 2,38$ баллов соответственно) (табл. 3).

Одышка, как правило, может быть проявлением метастатического плеврита и поражения легких, а также сопутствующей РМЖ патологии. Наибольший уровень этого показателя зафиксирован в группе пациенток с прогрессирующим течением заболевания ($47,12 \pm 2,38$ балла). Нарушения сна и аппетита в группе пациенток с местно-распространенными формами составили $46,38 \pm 1,99$ и $30,43 \pm 1,99$ баллов соответственно, а в группе пациенток с прогрессирующими формами РМЖ, величина этого показателя составила $39,31 \pm 2,38$ и $31,42 \pm 2,38$ баллов соответственно.

Качество жизни больных раком молочной железы существенно ухудшается уже на стадии первичной диагностики и последующей радикальной мастэктомии. Наибольшие нарушения по функциональной и симптоматической шкалам наблюдаются в группах пациенток с местно-распространенными формами РМЖ в III и IV стадии и прогрессированием опухолевого процесса, что позволяет использовать показатель качества жизни в комплексе факторов, определяющих выбор метода комплексной химиотерапии для повышения уровня безрецидивности выживших больных, а также как информативный критерий эффективности проводимого лечения и прогноза течения заболевания.

Таблица 2

Качество жизни пациенток по функциональной шкале до начала полихимиотерапии (баллы)

Группы	Физическое функционирование	Ролевое функционирование	Психоэмоциональный фон	Когнитивные функции	Социальное функционирование
Пациентки с I-II стадией РМЖ	$80,46 \pm 2,64$	$68,76 \pm 2,64$	$74,234 \pm 2,64$	$80,36 \pm 2,64$	$70,86 \pm 2,64$
Пациентки с местно-распространенными формами РМЖ в III и IV стадии процесса	$61,72 \pm 1,99$	$58,76 \pm 1,99$	$69,88 \pm 1,99$	$73,44 \pm 1,99$	$73,12 \pm 1,99$
Пациентки с прогрессированием опухолевого процесса	$65,34 \pm 2,38$	$56,64 \pm 2,38$	$70,86 \pm 2,38$	$77,71 \pm 2,38$	$69,31 \pm 2,38$

Таблица 3

Качество жизни по симптоматической шкале до начала полихимиотерапии (баллы)

Группы	Усталость	Тошнота, рвота	Боль	Одышка	Нарушение сна	Аппетит
Пациентки с I-II стадией РМЖ	$33,72 \pm 2,64$	$4,52 \pm 2,64$	$28,44 \pm 2,64$	$19,82 \pm 2,64$	$26,41 \pm 2,64$	$13,22 \pm 2,64$
Пациентки с местно-распространенными формами РМЖ в III и IV стадии процесса	$42,58 \pm 1,99$	$12,48 \pm 1,99$	$45,76 \pm 1,99$	$33,16 \pm 1,99$	$46,38 \pm 1,99$	$30,43 \pm 1,99$
Пациентки с прогрессированием опухолевого процесса	$56,47 \pm 2,38$	$17,83 \pm 2,38$	$45,23 \pm 2,38$	$47,12 \pm 2,38$	$39,31 \pm 2,38$	$31,42 \pm 2,38$

Литература

1. Авсеев А.В., Васютков В.Я. Качество жизни больных раком молочной железы. – Тверь: Изд. «Фамилия». 1999. – 96 с.
2. Арбина Ю.А. Качество жизни в онкологической практике (на примере рака молочной железы) // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2012. – Т. 2, № 2.
3. Волченко А.А. Реконструктивно-пластические операции при комплексном лечении больных раком молочной железы: дисс. ... д-ра мед. наук. – М.: Московский НИ онкологический институт им. П.А. Герцена, 2014. – 197 с.
4. Корнеев С.М. Эпидемиологическая характеристика онкологической смертности и невосполнимые потери от злокачественных новообразований в Хабаровском крае: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Ростов, 2012. – 28 с.
5. Макаров А.В., Шпак В.С., Сокур И.В., Савицкий И.В. Использование EORTS QLQ-C30 + BR23 в оценке качества жизни онкологических больных в ходе стационарного лечения после мастэктомии // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2014. – № 1.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. акад. Ю.Л. Шевченко – М.: ЗАО «Олма Медиа Групп», 2007. – 320 с.
7. О А.С. Анализ заболеваемости, смертности и показателя излеченности больных раком молочной железы в Хабаровском крае // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 3.
8. Сперанский Д.Л., Ненарокомов А.Ю. Качество жизни больных раком молочной железы в процессе специального лечения // Медицинский альманах. – 2012. – № 4.
9. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B., et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology // J. Nat. Cancer Inst. – 1993. – Vol. 85. – P. 365-375.
10. Gokgoz S., Sadikoglu G., Paksoy E., Guneytepe U. Health Related Quality of Life among Breast Cancer Patients: a Study from Turkey // Global Journal of Health Science. – 2011. – Vol. 3, № 2.
11. Northouse L., Caffey M., Deichelbohrer L., Schmidt L., Guziatek-Trojniak L., West S., Kershaw T., Mood D. The Quality of Life of African American Women with Breast Cancer // Research in Nursing & Health. – 1999. – № 22. – P. 449-460.
12. WHO. The International Agency for Research on Cancer – IARC. Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14,1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed.

Literature

1. Avseev A.V., Vasyutkov V.Ya. Quality of life in patients with breast cancer. – Tver: «Familia» publishing house, 1999. – P. 96.
2. Arbina Yu.A. Life quality in oncology practice (breast cancer example) // Bulletin of medical internet conferences. – 2012. – Vol. 2. – № 2.
3. Vilchenko A.A. Reconstructive surgery in combined therapy of patients with breast cancer. Author's abstract of Doctor of Medicine. Herzen Moscow Research Institute of Oncology. – M., 2014 – P. 197.
4. Korneev S.M. Epidemiological characteristics of cancer morbidity and irreplaceable loss because of the cancer in Khabarovsk region. Author's abstract of Doctor of Philosophy and Medicine. – Rostov, 2012 – P. 28.
5. Makarov A.V., Shpak V.S., Sokur I.V., Savitskiy I.V. EORTS QLQ-C30 + BR23 in life quality evaluation in oncology patients undergoing standard treatment after mastectomy // Clinical and experimental medicine. – 2014. – № 1.
6. Novik A.A., Ionova T.I. Guideline: life quality evaluation in medicine / ed. by academician Shevchenko Yu.L. – M.: CJSC «Olma Media Group», 2007. – P. 320.
7. O A.S. Khabarovsk region morbidity, mortality and recovery rates analysis in patients with breast cancer // Far Eastern Medical Journal. – 2013. – № 3.
8. Speranskiy D.L., Nenarokomov A.Yu. Life quality in patients with breast cancer undergoing specialist treatment // Medical almanac. – 2012. – № 4.
9. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B., et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology // J. Nat. Cancer Inst. – 1993. – Vol. 85. – P. 365-375.
10. Gokgoz S., Sadikoglu G., Paksoy E., Guneytepe U. Health Related Quality of Life among Breast Cancer Patients: a Study from Turkey // Global Journal of Health Science. – 2011. – Vol. 3, № 2.
11. Northouse L., Caffey M., Deichelbohrer L., Schmidt L., Guziatek-Trojniak L., West S., Kershaw T., Mood D. The Quality of Life of African American Women with Breast Cancer // Research in Nursing & Health. – 1999. – № 22. – P. 449-460.
12. WHO. The International Agency for Research on Cancer – IARC. Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14,1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed.

Координаты для связи с авторами: О Анастасия Сосунгиевна – врач-онколог Краевого клинического центра онкологии, тел. 8-(4212)-41-06-07; Дьяченко Владимир Гаврилович – д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, тел. 8-(4212)-76-13-96.

