

Исаева Н.К.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

N.K. Isaeva

IMPROVEMENT QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH PROSTATE CANCER

УДК: 616.65 -006,6-08

В настоящей работе рассматриваются современные возможности лечения рака предстательной железы. В качестве возможных вариантов лечения могут рассматриваться гормональная терапия, химиотерапия, хирургическое и лучевое лечение, а также улучшение качества жизни.

Ключевые слова: рак предстательной железы, гормонотерапия, ПСА, качество жизни.

In the current work up is being considered the modern treatment for carcinoma prostate. The possible treatment options which are taken into consideration are hormonal chemotherapy, surgical and radiation therapy improvement quality of life.

Key words: prostate cancer, hormonal therapy, PSA, quality of life.

Основной целью медицинской помощи онкологическим больным является продление их жизни, однако при выборе лечебной тактики должен учитываться и такой аспект функционального состояния больных как качество жизни (КЖ) [1,2,3,4].

Термин «качество жизни» используется в медицине уже более 20 лет. Разные специалисты дают сходные его определения. По мнению D.L. Patrik и P. Erikson [5], КЖ включает для себя восприятие состояния личного здоровья, возможность трудиться, а также степень удовлетворения личным жизненным опытом. T.V. Gill и A.R. Feinstein [6] добавляют к этому и изменения функционального статуса больного, связанного заболеванием и различными методами лечения, а также возникающий при этом психологический дискомфорт, определяемый как душевное страдание, обусловленное ограничением обычной функциональной деятельности. А.А. Новик [7] считает, что КЖ - это «интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии». По мнению специалистов ВОЗ, «Здоровье - это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания» [8]. Таким образом, концепция здоровья и КЖ определяются как индивидуальное восприятие человеком его позиции в жизни в рамках его культурных и иных ценностей, а также относительно его целей и ожиданий. Иными словами, КЖ - это самооценка общего благополучия человека.

В настоящее время в мировой практике КЖ считается общепринятым высокоинформативным показателем оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп. Он позволяет дать количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека - физического, психологического и со-

циального функционирования. В связи с этим исследования КЖ используются как для оценки, так и для совершенствования эффективности медицинской помощи больным [7].

Для исследования КЖ в медицинских целях разработан целый ряд стандартных опросников: SF - 36 (RAND Medical Outcomes Stadi 36-item Health Survery), Шкала качества благополучия (Quality of well-being scale, QWB), Профиль воздействия болезни (Sickness impact profile, SIP), Ноттингемский опросник (Nottingham health profile, NHP) и др. [12]. Они позволяют оценивать общие компоненты здоровья, включая физическое и эмоциональное функционирование, а также социальную адаптацию больных и здоровых людей.

В настоящее время во многих странах мира, в том числе и в России, чаще всего используется опросник SF - 36 [12]. Пологают, что они является «золотым стандартом» в исследовании опросник SF - 36 и КЖСЗ и поэтому применяется как в популяционных, так и в специальных исследованиях. SF -36 представляет собой набор 36 вопросов (пунктов), которые сгруппированы в 8 шкал, каждая из которых включает от 2 до 10 вопросов для оценки различных составляющих здоровья: физического и ролевого физического функционирования, боли, общего здоровья, жизнеспособности/ утомляемости, социального и ролевого эмоционального функционирования, а также психического здоровья. Большое количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню КЖ.

Специалисты Европейской организации по исследованию и лечению рака для оценки КЖ больных, страдающих РПЖ, предложили дополнительный раздел (QLQ-PR25) к стандартному опроснику EROTC QLQ-30. он включает в себя три шкалы: оценку функции мочеиспускания (9пунктов), ЖКТ (4пункта) и половой функции (6 пунктов). Имеются также дополнительные вопросы для оценки влияния гормональных нарушений на КЖ больных. Опросник был валидизирован для обследования мужчин, страдающих локализованным и метастатическим РПЖ [3].

В настоящее время существует два варианта дизайна оценки КЖ больных РПЖ: продольный проспективный, когда оценивается КЖ до и после лечения, и перекрестный, предусматривающий однократную его оценку в разные сроки после лечения. Считается, что первый из них более предпочтителен, так как учитывает динамику изменений исследуемого параметра в течение периода наблюдения. Состояние исследуемого параметра до лечения берется как базовый уровень, относительно которого оцениваются последующие результаты. Перекрестный

вариант дизайна исследования применяется чаще, так как при нем нивелируется роль пациента в искажении данных, а также возможно сравнение различных методов лечения и их влияния на КЖ пациентов.

Таким образом, в настоящее время имеется множество инструментов (опросников) для полноценного и всестороннего исследования КЖ, больных различного профиля, в том числе больных РПЖ. Необходимо отметить, что большинство предлагаемых опросников имеют иностранное происхождение, не адаптированы к применению даже в России и поэтому не используются в практике. Необходима их адаптация к нашим условиям или разработка и внедрение в практику отечественных аналогов.

Исследование КЖ при локализованном и местно-распространенном РПЖ

При наблюдении за пациентами, подвергшимися лечению по поводу локализованных и местно-распространенных форм РПЖ, внимание специалистов должно сфокусироваться и на влиянии лечебных мероприятий на качество их жизни. Эту категорию больных чаще всего беспокоят разной степени недержание мочи и другие нарушения мочеиспускания, эректильная дисфункция, нарушение функции ЖКТ, гормональные нарушения.

По литературным данным установлено, что у пациентов, лечившихся по поводу РПЖ, более выражены нарушения мочеиспускания, чем у мужчин того же возраста, не имевших этого заболевания. По данным S.A. Arredondo и соавт., нарушение мочеиспускания (недержание мочи) чаще возникают после радикальной простатэктомии (в 26,0-49,0% случаев) и вдвое реже (в 13,0-22,0% случаев) - после лучевой терапии. Однако, несмотря на относительно высокую частоту нарушения мочеиспускания, только каждый десятый респондент, перенесший оперативное лечение или лучевую терапию, и каждый пятый, перенесший брахитерапию, оценивают эту проблему как значительную.

Нарушение функции ЖКТ являются следствием применяемых лечебных воздействий. Чаще всего этих больных беспокоят увеличение частоты дефекации, императивные позывы, диарея, кровотечение из толстой кишки, которые, как правило, возникают после наружной лучевой и брахитерапии. Через 4 года после лечения РПЖ у определенной части респондентов возникают различной степени выраженности беспокойства, связанные с дефекацией: у 39,0% мужчин после брахитерапии, у 20,0% после наружной лучевой терапии и только у 6,0% - после радикальной простатэктомии [3].

Наибольшее влияние на КЖ больных РПЖ оказывают изменения в половой сфере, степень которых зависит от возраста пациента и состояния половой функции до лечения, а также от метода лечения больных. У мужчин, страдающих РПЖ, высок риск развития психогенной эректильной дисфункции по сравнению с мужчинами того же возраста, не имеющими этого заболевания. После лечения аденокарциномы предстательной железы число пациентов с эректильной дисфункцией возрастает, что нега-

тивно влияет на качество их жизни. Нарушение потенции возникают после всех видов лечения больных: чаще всего - после радикальной простатэктомии (в 60-80% случаев) и гормональной терапии (50-60%), после наружной лучевой терапии (50-60%) и брахитерапии (30-40%). Сексуальные проблемы являются источником эмоциональных расстройств, которые существенно ухудшают КЖ, особенно у мужчин до 60 лет [3,7,13].

Таким образом, при выборе любого метода лечения КЖ пациентов с клинически локализованными и местно-распространенными формами РПЖ снижается.

Это обусловлено различными осложнениями, которые возникают после лечебных мероприятий. После лучевых методов лечения также возникают упомянутые осложнения, но реже. Нарушения функции ЖКТ возникают практически у каждого третьего мужчины, перенесшего наружную лучевую терапию или брахитерапию.

Исследование КЖ при распространенном и метастатическом РПЖ

Распространенный РПЖ оказывает выраженное влияние на КЖ больных. При обычном врачебном осмотре таких больных часто недооцениваются снижение общего физического функционирования, общая слабость, боли вследствие метастатического поражения костей, нарушение функции мочеиспускания. При отсутствии клинических симптомов эта форма заболевания в основном проявляется депрессией и тревожным состоянием [1,2].

Считается, что максимальная андрогенная блокада (МАБ; хирургическая или медикаментозная), которая является основным методом лечения мужчин, страдающих распространенным и метастатическим гормоночувствительным РПЖ, не оказывает выраженного влияния на общее КЖ. Наибольшее влияние она оказывает на эмоциональное благополучие в течение первых 6 мес. Наряду с этим антигормональное лечение сопряжено с ухудшением физического функционирования и сопровождается такими осложнениями, как общая слабость, приливы жара, ухудшение половой функции. Мужчины, получающие раннюю гормональную терапию, имеют лучшее общее физическое состояние по сравнению с теми, кто получает отсроченное лечение. Однако в первом случае более выражены нарушения потенции и значительно снижено ролевое и социальное функционирование. По другим данным, преимущественное влияние на общее КЖ оказывает сопутствующая патология, а не длительность антиандрогенной блокады [14,15].

При возникновении гормонорезистентного рака КЖ больных значительно ухудшается. Это обусловлено болевым синдромом вследствие метастатического поражения костей, нарушением мочеиспускания, обусловленным инфравезикулярной обструкцией, общеклиническими симптомами онкологического заболевания (общая слабость, потеря аппетита, нарушения сна и др.), ухудшением социального и эмоционального функционирования. Лечение прово-

дится в основном с целью обеспечения максимальной длительности жизни больного при достаточно высоком КЖ и направлено на купирование болевого синдрома и других осложнений онкологического процесса. Основные немногочисленные исследования КЖ сводятся к сравнению эффективности различных схем химиотерапии и оценки их влияния на организм пациента вследствие токсичности. Так, комбинированное назначение преднизалона и метоксантирона приводит к купированию болевого синдрома в 40-50% случаев, тогда как применение одного преднизалона - только в 15-20%, а назначение доцетаксела и эстрамустина - в 70-82% случаев. Наряду с этим на фоне лечения отмечается улучшение общего эмоционального состояния больных, снижение депрессии [1,2].

Нами проведено исследование для оценки КЖ больных РПЖ на базе НЦО МЗ КР, в виде анкетирования. Опросник представляет собой набор 22 вопросов (пунктов), которые сгруппированы в 6 шкал: оценку функции мочеиспускания (3 пункта), ЖКТ (4 пункта), половая функция (3 пункта), гормональные нарушения (5 пунктов), психоэмоциональное состояние (2 пункта), физическое состояние (4 пункта). В исследовании использован продольный проспективный вариант оценки КЖ больных до и после лечения. Параметры до лечения берутся как базовый уровень, относительно которого оцениваются последующие результаты.

В исследование включено 81 больных, где средний возраст составляет 73года. Из таблицы видно, что общее состояние больных до лечения было относительно удовлетворительное у 47 (58%) больных, после лечения у 11 (13,5%). Прикованность к постели отмечалась у 10 (12,3%) больных до лечения, где после соответственного лечения наблюдается улучшение общefизического состояния. Если ограничение активности наблюдалось у 36 (44,4%), то после лечение этот показатель снизился до 22,2%. Способность к физическим нагрузкам если наблюдалась только у 38 (46,9%), то после лечение

Табл.1.

Анкета по изучению качества жизни

	Критерии	До лечения	После лечения
1	Общее состояние здоровья (относительно удовлетворительное)	47 (58%)	11 (13,5%)
2	Прикованность к постели	10(12,3%)	1 (1,2%)
3	Ограничение активности	36 (44,4%)	18(22,2%)
4	Боль	65 (80%)	12(18,4%)
5	Социальная функция	72 (88,8%)	72 (88,8%)
6	Жизненная энергия	61 (75,3%)	77 (95%)
7	Половое влечение	26 (32%)	2 (2,4%)
8	Эмоцион.благополучие	63 (77,7%)	78 (96,2%)
9	Способность к физич. нагрузкам	38 (46,9%)	57 (70,3%)
10	Эректильная функция	27 (33,3%)	2 (2,4%)
11	Дизурические явления	73 (90,1%)	34(41,9%)

12	Мочеиспускание (затр., норм., свободное)	Затр.- 68 (83,9%) Норм.- 7 (8,64%)	Затр.-5(6,17%) Норм.- 2(66,6%) Своб.- 8(9,8%) Стома - 16(16,04%) Недержание- (1,2%)
13	Струя мочи	8 (9,8%)	51 (62,9%)
14	Приливы	1(1,2%)	68 (83,9%)
15	Болезненность молочных желез	Нет	36 (44,49%)
16	Гинекомастия	Нет	28 (34,56%)
17	Наруш.визуал. адаптации	Нет	Нет
18	Прочее: Кровотечение из толстой кишки	Нет	Нет
19	Тошнота	1 (1,2%)	12(14,8%)
20	Диарея	1 (1,2%)	17(20,9%)
21	Потливость	14(17,2%)	72 (88,8%)
22	Чувство жара	6(7,4%)	67 (82,7%)

отмечено у 57 (70,3%) больных. Если жизненная энергия до лечения удовлетворяла 61 (75,3%), то после лечения показатель вырос у 77 (95%). Показатель эмоционального благополучия также повысился до 96,2%. У 65 (80%) больных РПЖ отмечен был болевой синдромом, где после лечения болевой синдром оставался у 12 (18,4%) больных, у 17 (26,12%) отмечено уменьшение болевого синдрома.

Что касается изменения в половой сфере, степень которых зависит от возраста и состояния половой функции до лечения. По нашим наблюдениям половое влечение отмечалось до лечение у 26 (32%) и эректильная функция у 27 (33,3%), после лечения идет значительное снижение этих показателей: половое влечение 2 (2,4%) и эректильная функция 2 (2,4%). У больных РПЖ более выражены симптомы со стороны функции мочеиспускания и более подвержены к дизурическим явлениям, где выявлено в данном исследовании у 73 (90,1%) до лечения, после лечение снизился до 34 (41,9%). Струя мочи нормальная до лечение у 8 (9,8%), после лечения нормализовалось у 51 (62,9%) больных. Мочеиспускание до лечения было следующим: затрудненное - 68 (83,9%), нормальное лишь у 7 (8,64%), после лечение распределение было следующим: затрудненное - 5 (6,17%), нормальное - 54 (66,6%), свободное - 8 (9,8%), недержание мочи - 1 (1,2%), стома - 13 (16,04%). Со стороны гормональных нарушений, было как следствие лечение МАБ, побочные явления, которые прекращались после лечения. В данном исследовании до лечения приливы у 1 (1,2%), после лечения у 68 (83,9%). Болезненность молочных желез до лечения не отмечалось, после лечения появилось у 36 (44,4%). Потливость до лечения если было у 14 (17,2%), то после лечения у 72 (88,8%). Чувство жара у 6 (7,4%), после лечения увеличилось до 67 (82,7%). Со стороны ЖКТ было незначительные изменения в виде тошнота до лечения 1 (1,2%), после лечения у 12 (14,8%). Диарреи до лечения 1 (1,2%), после у 12 (14,8%) больных.

Таким образом, основной целью исследования КЖ при распространенном и метастатическом РПЖ является выбор наиболее приемлемых схем медикаментозного лечения, которые наряду с увеличением длительности жизни максимально купируют болевой синдром, оказывают наименьшее влияние на половую функцию, положительно влияют на эмоциональное состояние.

Литература:

1. Аксель Е.М. Эпидемиология рака предстательной железы. М., 2005.
2. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. М.: 2003. с. 274 - 86.
3. Петров С. Б., Ракул С. А. Рак предстательной железы и качество жизни. Онкоурология. М.; 2006;(4):9-14.
4. Fayers P.M., Jones D.R., Measuring and analyzing quality of life in cancer clinical trials: a review. Stat Med. 1983; 2(4):429 -46.
5. Patrick D. L., Erickson P. Assessing health-related quality of life for clinical decision-making. Kluwer Academic Publisher, Dordrecht; 1993/
6. Gill T.M., Feinstein A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA. 1994; 272(8):619-26.
7. Новик А.А. концепция исследования качество жизни в медицине. Санкт- Петербург, ЭЛБИ; 1999.
8. WHOQOL Group, Division of Mental Health, World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization: organization to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). J Qual Life Res 1993;2(2): 153-9
9. Cella D.F., Tulsky D. S. Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. Cancer Invest. 1993; 1 i(3):327-36.
10. Jenial A., Tiwari R.C., Murray T. et al. Cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2004;54(1):8-29.
11. Щепия О.П. Здоровье населения Российской Федерации: проблемы и перспективы. Вестник РАМН. 1996; (6):11-5.
12. Kaplan R.M., Ganiats T.G., Sieber W.J. et al. The quality of well-being scale: critical similarities and differences with SF-36. Int J Qual Health Care 1998; 10(6):509-20.
13. Сухонос Ю.А. Особенности популяционного исследования качества жизни. Автореф.дис... канд.мед. наук. СПб., 2003.
14. Гарин А. М. принципы и возможности современной эндокринной терапии опухолей.-М., 2000.-с. 109-130.
15. Матвеев Б. П., Бухаркин Б. В., Матвеев В. Б. Рак предстательной железы. М., 1999.-С.126-142.

Рецензент: д.мед.н., профессор Абдылдаев Т.А.