

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ ІІВ СТАДІЇ ПІСЛЯ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ ІІВ СТАДІЇ ПІСЛЯ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ – Проаналізовано якість життя 85 хворих на рак шийки матки (РШМ) ІІВ стадії, які отримали комбіноване лікування. В роботі застосовували опитувальник EQ-5D (Ukrainian version, Best available), що є спрощеною версією розробленою Європейською організацією досліджень лікування раку опитувальника якості життя EORTC-QLQ-C30, передбачає включення мінімальних психометричних стандартів, необхідних для групових порівнянь. Хворі заповнювали опитувальник до початку лікування, після завершення неoad'ювантних курсів хіміотерапії та після завершення лікування. Застосування неoad'ювантної хіміотерапії в комбінованому лікуванні хворих на РШМ ІІВ стадії призводить до зниження якості життя, при цьому негативна динаміка спостерігається за всіма шкалами, а після завершення лікування відмічається покращення якості життя, а за шкалою "тривога/депресія" показники кращі, ніж до початку лікування. Оцінка показників якості життя хворих на РШМ ІІВ стадії необхідна для визначення соціально-медичних заходів з адаптації хворих до лікування і з метою їх наступної реабілітації.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ІІВ СТАДИИ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ – Проанализировано качество жизни 85 больных раком шейки матки (РШМ) ІІВ стадии, которые получили комбинированное лечение. В работе применяли опросник EQ-5D (Ukrainian version, Best available), который есть упрощенной версией разработанного Европейской организацией исследований лечения рака опросника качества жизни EORTC-QLQ-C30, предусматривает включение минимальных психометрических стандартов, необходимых для групповых сравнений. Больные заполняли опросник до начала лечения, после завершения неoad'ювантных курсов химиотерапии и после завершения лечения. Применение неoad'ювантной химиотерапии в комбинированном лечении больных РШМ ІІВ стадии приводит к снижению качества жизни, при этом негативная динамика наблюдается за всеми шкалами, а после завершения лечения отмечается улучшение качества жизни, а по шкале "тревога/депрессия" показатели лучше, чем в начале лечения. Оценка показателей качества жизни больных РШМ ІІВ стадии необходима для определения социально-медицинских мероприятий по адаптации больных к лечению и в целях их последующей реабилитации.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER ІІВ STAGE AFTER COMBINED TREATMENT – There was analysed the quality of life of 85 patients with the cervical cancer of ІІВ stages which have got the combined treatment. In process applied a questionnaire EQ-5D (Ukrainian of version, Best of available), which is the simplified version developed European organization of researches of treatment of cancer of questionnaire of quality of life of EORTC-QLQ-C30, foresees including of minimum psychometric standards, necessary for the group comparisons. Patients filled questionnaire at the beginning of treatment, after the completion of neoadjuvant courses of chemotherapy and after the completion of treatment. Application of neoadjuvant chemotherapy in the combined treatment of patients with cervical cancer of ІІВ stages, results into the decline of quality of life, a negative dynamics is observed after all scales, and after the completion of treatment the improvement of quality of life is marked, and according to a scale "alarm/depression", indexes are better, than at the beginning of treatment. Estimation of indexes of quality of life of patients with cervical cancer of ІІВ stages is necessary to determine the stage of socio-medical measures of the

adaptation of patients to treatment and with a purpose them next rehabilitation.

Ключові слова: рак шийки матки (РШМ), ІІВ стадія, хіміотерапія, комбіноване лікування, якість життя.

Ключевые слова: рак шейки матки (РШМ), ІІВ стадия, химиотерапия, комбинированное лечение, качество жизни.

Key words: cervix cancer, ІІВ stage, chemotherapy, combine treatment, quality of life.

ВСТУП Рак шийки матки (РШМ) займає одне з провідних місць у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення жінок в Україні. Встановлено, що найбільшу частину хворих складають жінки з І (35,9 %) і ІІ стадіями хвороби (40,3 %), 16,9 % хворих з ІІІ і лише 5 % – це хворі з ІV стадіями процесу [1].

Найскладнішою є діагностика РШМ ІІВ–ІІІ стадій. Згідно з клінічною класифікацією FIGO, критерієм РШМ ІІВ стадії є інфільтрація параметріїв, що не досягає стінок таза. Вибір методу лікування хворих на РШМ ІІВ стадії складає предмет багаторічних дискусій між онкогінекологами, променевими терапевтами і хірургами [6, 11].

У зв'язку з незадовільними результатами лікування хворих на місцевопоширений РШМ, за останні 4–5 десятиліть у багатьох клініках як за кордоном [7, 11], так і в нашій країні [2] стали вивчати і активно впроваджувати у практичну діяльність хіміотерапію (ХТ). Показники 5-річного виживання серед хворих на РШМ ІІВ стадії, які отримували променево терапію (ПТ), як самостійний метод лікування, складає від 42 до 64,2 %, а при комбінованому лікуванні від 55,2 до 76,9 % [1, 11].

РШМ є однією з тих локалізацій онкогінекологічної патології, де успіхи радикального лікування в останнє десятиліття найбільш очевидні. Збільшення тривалості життя хворих на РШМ після хірургічного та променевого методів лікування сьогодні ставить питання не тільки про те, скільки прожила пацієнтка, але й як вона прожила. Зміна вікового складу хворих на РШМ зажадала зміни стратегії і тактики надання онкологічної допомоги цим пацієнткам, яка заключається не тільки у подальшому вдосконалюванні техніки хірургічного, хіміо- та променевого способів лікування, але й у пошуку адекватних підходів, що забезпечують гормональний, сексуальний і психоемоційний статус пацієнток як складових компонентів якості життя [2, 8, 10].

Якість життя (ЯЖ) є основним критерієм в тому випадку, коли не виявлено достовірної різниці виживання між групами хворих, яких включено в протокол багатоцентрового рандомізованого дослідження. У цьому випадку саме на основі даних про ЯЖ може бути зроблений вибір правильної програми лікування хворих. Виявилось, що ЯЖ хворих на РШМ, які отримували комбіновану терапію, була достовірною вища, ніж хворих, яким проводили тільки опромінення [3, 4, 8].

Вивчення ЯЖ онкологічного хворого до лікування у процесі терапії дозволяє отримати надзвичайно

цінну, багатогранну інформацію про індивідуальну реакцію людини на хворобу, і лікування, яке проводять, на ускладнення лікування [5, 9]. Динамічне вивчення ЯЖ після завершення лікування дозволяє здійснювати тривалий моніторинг стану хворого в період реабілітації, відстежувати ранні й пізні ускладнення захворювання, а також побічні дії лікування.

Метою дослідження стало вивчити якість життя хворих на РШМ ІІВ стадії, які отримували неoad'ювантну ПХТ в комбінованому лікуванні.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проаналізовано результати лікування 85 хворих на РШМ ІІВ стадії, які отримали радикальне лікування в Івано-Франківському ОКОД з 2007 до 2012 року. Критерієм відбору хворого був плоскоклітинний РШМ ІІВ стадії, який верифікували у всіх хворих при морфологічному дослідженні пухлини шийки матки. Діагноз РШМ встановлювали, враховуючи клінічну картину, гінекологічний огляд (розміри первинної пухлини, стан склепін та параметрів), дані цитологічного і гістологічного досліджень прицільної біопсії пухлини та результати додаткових методів обстеження (цистоскопія, ректороманоскопія, рентгенографія ОГК, УЗД та МРТ органів черевної порожнини і малого таза).

Всі 85 хворих отримували неoad'ювантну системну ПХТ за схемою FP (цисплатин 100 мг/м², 5-фторурацил 1000 мг/м² з 1-го до 4-го дня) 2–3 курси кожні 3 тижні, операційне втручання в об'ємі пангістеректомії III типу, при несприятливих факторах прогнозу призначали післяопераційний курс ПТ до сумарної вогнищевої дози 40 Гр.

У роботі ми застосовували опитувальник EQ-5D (Ukrainian version, Best available), який є спрощеною версією розробленого Європейською організацією досліджень лікування раку опитувальника якості життя EORTC-QLQ-C30, передбачає включення мінімальних психометричних стандартів, необхідних для групових порівнянь. Його методика передбачає вивчен-

ня ступеня активності та всіх компонентів якості життя пацієнта. Перевагою скороченої версії є доступність і швидкість заповнення, зіставлення із загальноприйнятими поняттями благополуччя у нашій країні. Анкета-опитувальник складалась із 5-ти основних параметрів та шкали оцінки власного здоров'я. Хворі заповнювали опитувальник до початку лікування, після завершення неoad'ювантних курсів ПХТ (перед операцією) та після завершення лікування.

Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням стандартного пакета програм "Statistica 6.0".

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Опитування проводилось шляхом інтерв'ю. Тестування однієї хворої займало до 20 хв. Для порівняльного аналізу ЯЖ було набрано групу 30 здорових жінок, які максимально відповідали за віком, освітою та сімейним положенням. Для швидкого аналізу категорії (групи) нумерувались у послідовному порядку від 1 до 5. У кожній підгрупі дескриптори категорій нумерувались у порядку: а – вказана ознака не виявлялась; б – ознака виявлялась незначно, помірно; в – ознака була явною, суттєво впливала на самооцінку стану за вказаною категорією.

Обстежені нами здорові люди мали високу фізичну активність (табл. 1), проблеми з фізичним навантаженням не складали обмеження їх життєдіяльності. У хворих на РШМ обмеження рухової активності спостерігалось лише у 10 (11,8 %) пацієнтів. Так само, як і у здорових людей, фізичні (рухово-моторні) проблеми не мали суттєвого впливу в обмеженні життєдіяльності.

За результатами опитувальника можна стверджувати, що самообслуговування пацієнтів не страждає, вони можуть самостійно виконувати повсякденні маніпуляції, не потребуючи сторонньої допомоги.

Разом з тим, через особливості клініки РШМ (кровотечі, контактні кровотечі, больовий синдром, пато-

Таблиця 1. Оцінка якості життя за даними опитувальника EQ-5D у здорових осіб та у хворих на рак шийки матки ІІВ стадії до лікування (n, %±m)

Група (категорії)/ дескриптори груп	Здорові		Хворі на РШМ		p
	(n=30)	(%±m)	(n=85)	(%±m)	
Рухливість – 1					
1а	30	100,00	75	88,2±3,5	p<0,01
1б	–	0,00	10	11,8±3,5	
1в	–	0,00	–	0,00	
Самообслуговування – 2					
2а	30	100,00	63	74,1±4,8	p<0,01
2б	–	0,00	22	25,9±4,8	
2в	–	0,00	–	0,00	
Звичайна повсякденна діяльність – 3					
3а	30	100,00	55	64,7±5,2	p<0,01
3б	–	0,00	27	31,8±5,0	
3в	–	0,00	3	3,5±2,0	
Біль/нездужання – 4					
4а	30	100,00	68	80,0±4,3	p<0,01
4б	–	0,00	17	20,0±4,3	
4в	–	0,00	–	0,00	
Тривога/депресія – 5					
5а	23	76,7±7,7	23	27,1±4,8	p<0,01
5б	7	23,3±7,7	46	54,1±5,4	
5в	–	0,00	16	18,8±4,2	

Примітка. p – рівень значущості відмінності показників у хворих на рак шийки матки ІІВ стадії порівняно із здоровими.

логічні виділення тощо), значна частина хворих вказувала на певне обмеження та труднощі при заняттях звичайною повсякденною діяльністю. Більше половини осіб, залучених у дослідження 55 (64,7 %) не відмічали труднощів займатися звичайною повсякденною діяльністю, 27 (31,8 %) хворих відмічали помірно зниження працездатності при виконанні професійних обов'язків, навчання, хатньої роботи, участі у справах сім'ї або дозвіллі. У 3 (3,5 %) осіб перебіг недуги супроводжувався значним обмеженням при виконанні звичайної повсякденної діяльності.

Більшість хворих на РШМ (80 %) не вказувала на больовий синдром. 17 (20 %) пацієнток описували біль як помірний, що супроводжувався загальним нездужанням.

Різко вираженою в обмеженні життєдіяльності та в оцінці ЯЖ була роль емоційних проблем. 46 (54,1 %) пацієнток вказували на наявність епізодів тривоги та депресії, а 16 (18,8 %) пацієнток – на тривожний та депресивний стан, який був вираженим. На цьому фоні спостерігалось зниження показників загального сприйняття здоров'я, енергійності, настрою та життєздатності, психічного здоров'я. В межах цих показників хворі мали погіршення взаємовідносин з навколишніми, проблеми в інтимному спілкуванні. Погіршення взаєморозуміння з оточуючими людьми можна пояснити вимушеним обмеженням соціальних контактів через зниження працездатності та зростаючим внутрішнім незадоволенням фактичним станом справ. З цього випливав цілий спектр негативних емоцій та незадоволення собою. Факт госпіталізації в клініку та подальше лікування поглиблювали негативний настрій та емоційний стан пацієнтів. Лише у 23 (27,1 %) хворих були відсутні тривога або депресія.

Середні значення за шкалою уявлюваного стану здоров'я становили в нормі (76,7±7,7) бала (за 100-бальною градацією). У хворих на РШМ до лікування

вказаний показник був достовірно нижчий і становив (58,6±0,47) бала. Слід зазначити, що даний параметр є найбільш суб'єктивним і може мати значення лише при порівнянні його у динаміці в процесі лікування.

Таким чином, зниження якості життя у хворих на РШМ більшою мірою зумовлено наявністю больового синдрому та обмеженням можливості повноцінної реалізації потреби в соціальній активності, а ЯЖ може розглядатись як вагомий самостійний показник стану хворих та обґрунтовувати цілеспрямоване обстеження пацієнток.

Оцінюючи динамічні показники ЯЖ хворих, залежно від етапу лікування, відмітили, що доопераційний період та суб'єктивна оцінка пацієнток після завершення терапії мали достовірні відмінності. Таким чином, неоад'ювантна ПХТ дещо погіршувала основні параметри якості життя, але ці показники швидко відновлювалися після завершення лікування. Серед позитиву слід відзначити зменшення рівня тривоги, оскільки пацієнтки відчували себе більш впевнено, були переконані, що успіх радикальної операції закладається вже на етапі доопераційного лікування злоякісного захворювання (табл. 2).

Зіставивши ступінь тяжкості загального стану хворого з показниками ЯЖ до і після лікування, відзначалась чітка закономірність – найвираженіші прояви погіршення ЯЖ відмічались у найбільш соматично тяжких пацієнтів. При цьому простежувалась залежність ступеня тяжкості загального стану та погіршення ЯЖ із віком пацієнтів і притаманними цьому супутніми захворюваннями, особливо субкомпенсованими. Цей контингент пацієнтів після неускладненого післяопераційного періоду продовжував зазначати негативне сприйняття свого самопочуття.

Ретроспективний аналіз засвідчив про безсумнівну роль віку, як прогностичного фактора щодо несприятливого перебігу післяопераційного періоду і

Таблиця 2. Динаміка оцінки якості життя за даними опитувальника EQ-5D у хворих на рак шийки матки ІІВ стадії до і після лікування (n, %±m)

Група (категорії)/ дескриптор групи	Після першого етапу лікування		Після завершення лікування		p
	(n=85)	(%±m)	(n=85)	(%±m)	
Рухливість – 1					
1а	53	62,4±5,3	70	82,4±4,1	p<0,01
1б	27	31,8±5,0	14	16,5±4,0	p<0,05
1в	5	5,9±2,6	1	1,2±1,2	p>0,05
Самообслуговування – 2					
2а	41	48,2±5,4	62	72,9±4,8	p<0,01
2б	39	45,9±5,4	22	16,5±4,0	p<0,01
2в	5	5,9±2,6	1	1,2±1,2	p>0,05
Звичайна повсякденна діяльність – 3					
3а	9	10,6±3,3	18	21,2±4,4	p>0,05
3б	31	36,5±5,2	46	54,1±5,4	p<0,05
3в	45	52,9±5,4	21	24,7±4,7	p<0,01
Біль/нездужання – 4					
4а	28	32,9±5,1	64	75,3±4,7	p<0,001
4б	52	61,2±5,3	21	24,7±4,7	p<0,001
4в	5	3,5±2,0	0	0,00	p<0,05
Тривога/депресія – 5					
5а	18	21,2±4,4	56	65,9±5,1	p<0,001
5б	55	64,7±5,2	26	30,6±5,0	p<0,001
5в	11	12,9±3,6	3	3,5±2,0	p<0,05

Примітка. p – рівень значущості відмінності показників у хворих на рак шийки матки ІІВ стадії після I етапу лікування і після завершення лікування.

низької якості життя. Показники ЯЖ у хворих молодого віку були значно і достовірно вищі, ніж у пацієнтів старшого віку. Одночасно задоволення хворих своїм психічним самопочуттям меншою мірою залежить від віку, що можна пояснити впливом адаптативних механізмів та бажанням пацієнтів якомога швидше повернутись до повноцінного життя.

Таким чином, вікове зниження ЯЖ пов'язане з більш тяжким загальним станом хворої, більшою частотою післяопераційних ускладнень, порівняно з молодим віком і супутньою патологією, головним чином, серцево-судинної системи.

ВИСНОВКИ Рівень якості життя хворих на РШМ ІІВ стадії знижується в процесі лікування, при цьому негативна динаміка спостерігається за всіма шкалами, а після завершення лікування відмічається покращення якості життя. Отже, застосування неoad'ювантної ПХТ в комбінованому лікуванні погіршує якість життя хворих, але швидко відновлюється, а за шкалою "тривога/депресія" показники кращі, ніж до початку лікування. Оцінка показників якості життя хворих на РШМ ІІВ стадії необхідна для визначення соціально-медичних заходів щодо адаптації хворих до лікування і з метою їх наступної реабілітації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Рак в Україні, 2009-2010/ З. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, Л. О. Гулак [та ін.] : бюлетень Національного канцер-реєстру. – 2011. – № 12. – С. 57–58.
2. Проблема сохранения качества жизни после комбинированного лечения больных раком шейки матки / Г. В. Бондарь, В. Г. Шлопов, Н. Г. Семикоз [и др.] : тезисы III съезда онкологов и радиологов СНГ. – Минск, 2004. – Т. 1. – С. 86–88.
3. Ионова Т. И. Понятие качества жизни больных онкологического профиля / Т. И. Ионова, А. А. Новик, Ю. А. Сухонос // Онкология. – 2000. – Т. 2, № 1–2. – С. 25–28.
4. Тамбиева З. А. Оценка психоэмоционального состояния больных раком шейки матки после радикального лечения / З. А. Тамбиева, Е. А. Ульрих, А. Ф. Урманчеева : тезы XI з'їзду онкологів України. – Київ, 2006. – С. 197.
5. Качество жизни больных раком шейки матки I, II стадии после радикальных методов лечения / Е. А. Ульрих, З. А. Тамбиева, А. Ф. Урманчеева [и др.] // Вопросы онкологии. – 2007. – Т. 53, № 5. – С. 717–721.
6. Fu J. H. Comparison of clinical efficacy of three different neoadjuvant approaches (chemotherapy combined vaginal intracavitary irradiation, neoadjuvant chemotherapy alone or radiotherapy) combined with surgery for patients with stage Ib2 and IIa2 cervical cancer / J. H. Fu, Z. Gao, C. C. Ren // Asian. Pac. J Cancer Prev. – 2013. – 14(4). – P. 2377–2381.
7. Preference-based utility scores for adverse events associated with the treatment of gynecologic cancers / E. L. Jewell, M. Smrka, G. Broadwater [et al.] // Int. J Gynecol Cancer. – 2013. – Jul;23(6). – P. 1158–1166.
8. Katepratoom C. Lower urinary tract dysfunction and quality of life in cervical cancer survivors after concurrent chemoradiation versus radical hysterectomy / C. Katepratoom, T. Manhana, N. Amornwichee // Int. Urogynecol J. – 2013. – PMID: 23818129.
9. Long-term prospective longitudinal evaluation of emotional distress and quality of life in cervical cancer patients who remained disease-free 2-years from diagnosis / G. Mantegna, M. Petrillo, G. Fuoco [et al.] // BMC Cancer. – 2013. – Mar. 18. – №13. – P. 127.
10. Maintenance of ovarian function in end-of-life cervical cancer patient following primary surgico-radiotherapy and ovarian transposition / R. V. Sicam, K. G. Huang, Y. C. Chang [et al.] // J Gynecol. Oncol. – 2013. – Apr;24(2). – P. 204–207.
11. Outcome of stage IB2-IIIB patients with bulky uterine cervical cancer who underwent neoadjuvant chemotherapy followed by radical hysterectomy / K. Uegaki, M. Shimada, S. Sato [et al.] // Int. J Clin. Oncol. – 2013. – Apr. 17.

Отримано 30.08.13