

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В. В. ОЛЕКСЕНКО

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», Симферополь

**Приведены результаты использования анкеты-опросника EORTC-QLQ-C30 для исследования показателей качества жизни больных с впервые установленным раком желудка. Показано, что качество жизни пациентов зависит от стадии, характера течения заболевания, локализации и формы роста опухоли.**

*Ключевые слова:* качество жизни, рак желудка.

Понятие «качество жизни» (КЖ), впервые появившееся в литературе около 30 лет назад, представляет собой интегральную характеристику физического, психического, эмоционального и социального состояния здоровья человека [1–3]. В последние годы доказано, что объективная информация (биомедицинские показатели, данные, полученные при инструментальных и лабораторных исследованиях) в полной мере не отражает истинное состояние пациента [4, 5]. Кроме того, установлено, что лабораторные показатели изменяются чаще, чем такие субъективные критерии, как уровень самооценки здоровья, психического и социального благополучия [6, 7]. В связи с этим исследовательская группа ВОЗ предложила рассматривать вопросы эффективности и качества медицинской помощи с учетом такого критерия, как адекватность, под которой следует понимать необходимость достижения приемлемого для больного уровня КЖ [8, 9]. Медицинская значимость показателя КЖ обусловлена влиянием заболевания на повседневную жизнь человека. Причем возможность посимптомного анализа состояния больного на основании показателя КЖ позволяет выбрать наиболее оптимальный способ лечения. Национальный институт рака (NCI) и Американское общество клинической онкологии (ASCO) постулировали, что КЖ является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после показателя выживаемости и даже более важным показателем, чем первичный ответ опухоли на лечение [1].

Поэтому целью многочисленных рандомизированных исследований было определение прогностического значения показателя КЖ для оценки эффективности противоопухолевой терапии, толерантности больного к лечению, а также выживаемости [10–12]. Установлено, что у онкологических больных, КЖ которых изначально было относительно более высоким, результаты лечения оказались лучше, особенно при запущенной стадии заболевания [13].

Таким образом, изучение КЖ больных раком желудка до начала лечения позволяет получить ценную информацию об индивидуальной реакции пациента на болезнь. Кроме того, учитывая, что КЖ является динамическим показателем состояния больного, зависящим от течения заболевания и вида лечения, он может послужить своеобразной «отправной точкой» в прогнозе выживаемости.

Целью нашего исследования являлось определение основных показателей КЖ больных с впервые выявленным раком желудка до начала лечения в зависимости от особенностей проявления заболевания.

В настоящее время методом оценки КЖ больных в мировой практике являются анкеты-опросники. Опросники высокочувствительны и их можно применять для изучения КЖ у больных независимо от типа онкологического заболевания.

Для определения показателя КЖ мы применили метод анкетирования, используя для этого многофакторную анкету-опросник EORTC-QLQ-C30, разработанную Европейской организацией исследования и лечения рака (EORTC) [2]. Анкета-опросник в нашей модификации включает в себя 30 вопросов и состоит из 5 функциональных шкал (физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие), целого ряда шкал симптоматики (слабость, одышка, тошнота, рвота, запор, понос, боль, потеря аппетита и ряда других), а также шкал общих показателей, отражающих КЖ. Каждая из многопунктовых шкал включает различный набор вопросов, ни один из которых не повторяется в других шкалах. Анкета-опросник разработана так, чтобы во всех шкалах все ответы имели одинаковый диапазон значений от 1 до 4. Высокий ранг ответа в соответствующей шкале (4 балла) отражает наиболее высокую оценку, а низкий ранг (1 балл) — самую низкую оценку пациентом своего состояния здоровья по данному признаку. Расчет интегрированного показателя КЖ производили путем суммирования всех указанных пациентом чисел по 5 шкалам (признакам). Тем

самым формировалась цифровая характеристика состояния здоровья, т. е. показатель КЖ в баллах. Теоретически значения КЖ могут находиться в интервале от 0 до 120 баллов (от очень плохого до очень хорошего КЖ соответственно).

Поскольку в ряде исследований было убедительно продемонстрировано расхождение в оценке КЖ между самим больным, его родственниками и лечащим врачом [14, 15], главным условием анкетирования было то, что пациенты должны были самостоятельно заполнять предложенные анкеты без участия лечащего врача и членов семьи.

В исследовании были включены 213 больных с впервые выявленным раком желудка. Все пациенты находились на стационарном лечении в Крымском республиканском клиническом онкологическом диспансере в 2010–2011 гг. Обследовались только больные с морфологически верифицированным диагнозом, ранее не подвергавшиеся противоопухолевому лечению. Возраст обследуемых больных составлял от 32 до 79 лет (средний возраст  $60,1 \pm 9,4$  года). В исследуемой группе было 133 (62,4%) мужчины и 80 (37,6%) женщины. В зависимости от стадии заболевания, которую устанавливали после морфологического исследования удаленного операционного материала, все больные были разделены на следующие группы: I стадия (T1N0M0, T1N1M0, T2N0M0) — 35 (16,4%) больных; II стадия (T1N2M0, T2N1M0, T3N0M0) — 41 (19,2%); III стадия (T2N2M0, T3N1M0, T4N0M0, T3N2M0, T4N1M0) — 113 (53,1%); IV стадия (T4N2M0, TNM1) — 24 (11,3%) пациента. Опухоль располагалась в кардиальном отделе желудка без перехода на пищевод — у 21 (9,8%) больного, в теле желудка — у 103 (48,3%), в антрально-пилорическом отделе — у 89 (41,8%). Экзофитные формы рака желудка диагностированы у 106 (49,8%) больных. Больные, у которых наблюдались смешанные формы рака желудка, были объединены с пациентами, имевшими эндофитные формы рака желудка, — 107 (50,2%) человек. Осложненное течение рака желудка наблюдалось у 114 (53,5%) больных, среди которых стеноз привратника различной степени был у 57 пациентов, железодефицитная анемия различной степени выраженности — также у 57 больных.

Неосложненное течение рака желудка наблюдалось у 99 (46,5%) человек.

Средние показатели КЖ (в баллах) по анкетно-опроснику EORTC-QLQ-C30 рассчитывали с помощью статистических программ математической обработки Excel с использованием критерия Стьюдента для расчета достоверности различий.

Установлено, что значение показателя КЖ больных при заболевании раком желудка в среднем составляло  $70,0 \pm 14,0$  балла и было почти вдвое ниже, чем максимально возможное (120 баллов).

Мы проанализировали уровень КЖ больных по основной шкале, по которой больные должны были оценить свое качество жизни на прошедшей неделе (табл. 1).

Из четырех предложенных вариантов ответов большинство больных раком желудка — 93 (43,7%) — выбрали наиболее низкий показатель уровня качества жизни, оценив свое состояние как «очень плохое». Среднее значение КЖ у больных этой группы составило  $57,2 \pm 7,9$  балла. Ответ «скорее плохое, чем хорошее» выбрали 73 (34,2%) пациента, средний показатель КЖ которых составил  $72,7 \pm 8,8$  балла. На «скорее хорошее, чем плохое КЖ» указали 42 (19,7%) больных, средний показатель КЖ —  $90,2 \pm 8,2$  балла. И только 5 (2,3%) пациентов смогли оценить свое КЖ как «хорошее», имея при этом средний показатель качества жизни  $95,4 \pm 11,5$  балла.

Таким образом, по показателю КЖ больные раком желудка представляют собой неоднородную группу, КЖ у которых варьирует от крайне низкого ( $57,2 \pm 7,9$ ) до вполне удовлетворительного ( $95,4 \pm 11,5$ ). На наш взгляд такие различия в уровне КЖ у больных раком желудка могут быть обусловлены особенностями заболевания.

Так, оказалось, что показатели КЖ определяются этапом развития злокачественного процесса, то есть стадией заболевания (рис. 1).

Причем необходимо отметить, что окончательное распределение больных по стадиям рака осуществлялось уже после морфологического исследования операционного материала. При этом, как видно из рисунка, уже накануне операции у больных с различными стадиями рака желудка показатели КЖ соответствовали стадии заболевания, что

Таблица 1

**Средний балл показателя качества жизни больных раком желудка  
в зависимости от уровня самооценки состояния здоровья**

Показатель	Очень плохое	Скорее плохое, чем хорошее	Скорее хорошее, чем плохое	Хорошее
	1	2	3	4
Число больных (%)	93 (43,7%)	73 (34,3%)	42 (19,7%)	5 (2,3%)
Средний балл КЖ	$57,2 \pm 7,9$	$72,7 \pm 8,8$	$90,2 \pm 8,2$	$95,4 \pm 11,5$

Примечание. Достоверность различий: между данными 1-го и 2-го столбцов,  $p > 0,05$ ; между данными 1-го и 3-го столбцов,  $p < 0,001$ ; между данными 2-го и 3-го столбцов,  $p < 0,05$ ; между данными 1-го и 4-го столбцов,  $p < 0,001$ .

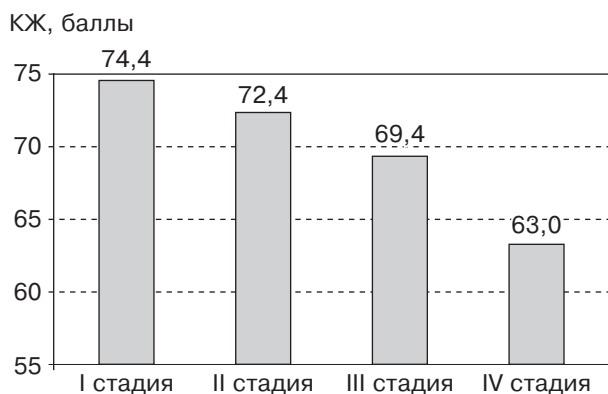


Рис. 1. Средний балл качества жизни больных раком желудка в зависимости от стадии заболевания, установленный до оперативного вмешательства

в свою очередь, во-первых, не ставит под сомнение непредвзятость исследования, а во-вторых, указывает на то, что показатель КЖ зависит от степени распространения злокачественного процесса.

Так, самый высокий показатель КЖ наблюдался у больных с I стадией рака желудка ( $74,4 \pm 14,7$ ), ниже всего были показатели КЖ больных с распространенным раком желудка IV стадии при наличии отдаленных метастазов ( $63,0 \pm 12,6$ ,  $p < 0,05$ ). У больных со II и III стадией рака желудка показатели КЖ были  $72,4 \pm 15,3$  и  $69,4 \pm 13,3$  ( $p > 0,05$ ) соответственно.

Анализ анкет-опросников показал, что на ранних стадиях рака желудка физическое, психическое и социальное функционирование пациента менее нарушено, однако по мере распространения процесса пациент переживает критические изменения во всех сферах жизнедеятельности. Наиболее наглядные различия наблюдались в КЖ больных с I–II и IV стадией заболевания (табл. 2).

Следовательно, отмечается зависимость между степенью распространения злокачественного процесса и некоторыми критериями, определяющими основные показатели КЖ. То есть, чем более распространенным является заболевание, тем ниже показатели физического, психического, эмоционального и социального функционирования.

КЖ зависело также и от особенностей течения рака желудка. Так, из 213 обследованных у 114 (53,5%) наблюдалось осложненное течение заболевания, т. е. стеноз или вторичная анемия. Показатели КЖ пациентов этой группы были ниже (средний балл КЖ составлял  $67,8 \pm 12,7$ ), чем уровень КЖ у остальных 99 (46,5%) больных с неосложненным раком желудка (средний балл КЖ –  $72,7 \pm 15,6$ ). Более низкие показатели КЖ наблюдались у больных со стенозом антрального отдела желудка ( $65,6 \pm 13,8$  балла), чем у больных с вторичной анемией ( $70,0 \pm 11,5$  балла).

Относительно более высокие показатели КЖ отмечены у больных при локализации опухоли в кардиальном (без перехода на пищевод) отделе

Таблица 2

**Характеристика физического, психического и социального функционирования больных раком желудка в зависимости от стадии заболевания**

Признак	Число больных, %	
	I и II стадия	IV стадия
Выраженный болевой синдром	23 (30,2%)	18 (75%)
Выраженная слабость	13 (17,1%)	19 (79%)
Необходимость весь день сидеть или лежать	11 (14,5%)	16 (66%)
Трудности при прогулке	18 (23,7%)	21 (89%)
Необходимость в посторонней помощи	21 (27,6%)	22 (92%)
Необходимость ограничения в работе	25 (32,9%)	21 (88%)
Необходимость ограничения в физической нагрузке	31 (40,8%)	23 (96%)
«Трудно ли забыть о своей болезни?» — ДА	24 (31,6%)	19 (79,2%)
«Испытываете ли Вы внутреннее напряжение?» — ДА	35 (46%)	21 (87,5%)
«Испытываете ли Вы беспокойство?» — ДА	41 (53,9%)	23 (95,8%)
«Испытываете ли Вы раздражительность?» — ДА	19 (25%)	14 (58,3%)
«Испытываете ли Вы депрессию?» — ДА	9 (11,8%)	13 (54,2%)
«Трудно ли Вам что-либо вспомнить?» — ДА	15 (19,7%)	11 (45,8%)
«Как часто Вы думаете о своей болезни?» — Всегда	35 (46,1%)	20 (83,3%)
«Возможно ли полное излечение?» — ДА	59 (77,6%)	5 (20,8%)
«Оцените Ваш внешний вид» — Очень плохой	9 (11,8%)	17 (70,8%)
«Мешает ли ваше состояние в семейной жизни?» — ДА	25 (32,9%)	15 (62,5%)

( $72,3 \pm 16,0$  балла) и антральном ( $71,3 \pm 14,8$  балла) отделе желудка. У больных с локализацией опухоли в теле желудка показатели КЖ были несколько ниже –  $68,5 \pm 13,0$  баллов.

Показатели КЖ больных с экзофитными формами рака желудка были выше ( $73,1 \pm 13,8$  балла) по сравнению с этими же показателями больных, у которых наблюдались эндофитные и смешанные формы рака ( $67,1 \pm 14,1$  балла).

Сопоставив такие показатели, как характер течения заболевания, форма роста опухоли и ее

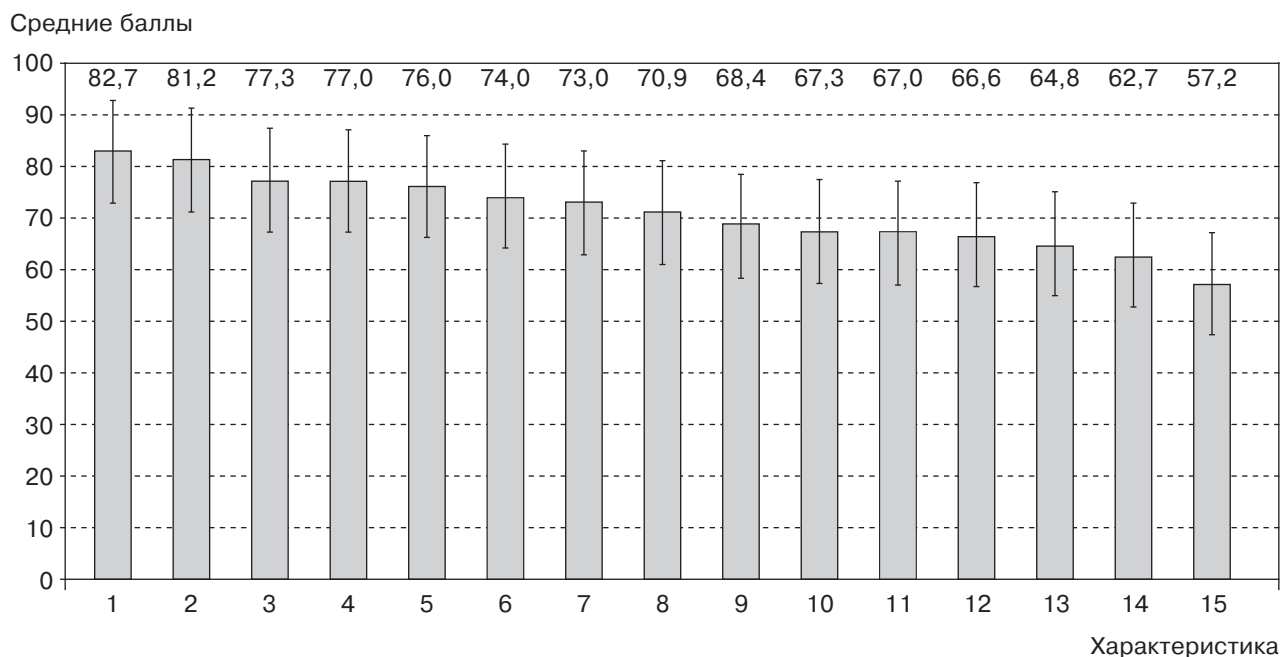


Рис. 2. Средний балл показателя качества жизни больных раком желудка в зависимости от осложнений, формы роста и локализации злокачественного процесса:

- 1 – неосложненное течение, экзофитная форма, антральный отдел ( $82,7 \pm 12,1$  балла);
- 2 – неосложненное течение, эндофитная форма, антральный отдел ( $81,2 \pm 14,6$  балла);
- 3 – неосложненное течение, эндофитная форма, кардиальный отдел ( $77,3 \pm 15,7$  балла);
- 4 – неосложненное течение, экзофитная форма, тело желудка ( $77,0 \pm 14,0$  балла);
- 5 – стеноз, экзофитная форма, тело желудка ( $76,0 \pm 12,1$  балла);
- 6 – анемия, экзофитная форма, антральный отдел ( $74,0 \pm 7,3$  балла);
- 7 – анемия, эндофитная форма, кардиальный отдел ( $73,0 \pm 13,3$  балла);
- 8 – анемия, экзофитная форма, тело желудка ( $70,9 \pm 10,1$  балла);
- 9 – неосложненное течение, эндофитная форма, тело желудка ( $68,4 \pm 11,5$  балла);
- 10 – стеноз, экзофитная форма, антральный отдел ( $67,3 \pm 12,6$  балла);
- 11 – анемия, эндофитная форма, антральный отдел ( $67,0 \pm 14,5$  балла);
- 12 – неосложненное течение, экзофитная форма, кардиальный отдел ( $66,6 \pm 14,7$  балла);
- 13 – анемия, эндофитная форма, тело желудка ( $64,8 \pm 13,7$  балла);
- 14 – стеноз, эндофитная форма, антральный отдел ( $62,7 \pm 16,8$  балла);
- 15 – анемия, стеноз, эндофитная форма, тотальное поражение всего желудка ( $57,2 \pm 12,2$  балла).

локализация, мы построили графическую характеристику динамики изменения КЖ больных раком желудка (рис. 2).

На данном графике видно, что наиболее высокие показатели КЖ отмечались при неосложненном раке желудка, когда опухоль носила экзофитный характер и располагалась в антральном отделе желудка ( $82,7 \pm 12,1$  балла). Самые низкие показатели ( $57,2 \pm 12,2$  балла,  $p < 0,05$ ) были у больных с осложненным эндофитным раком желудка, когда опухоль тотально поражала весь желудок и имели место явления стеноза и вторичной анемии.

Таким образом, показатель КЖ может быть использован в клинической практике как один из критериев установления стадии заболевания на дооперационном этапе обследования больных. На основании полученных данных можно предположить, что показатель КЖ является также и одним

из факторов прогноза течения рака желудка, что требует дальнейшего изучения.

На основании изложенного можно установить, во-первых, КЖ больных раком желудка в период после определения диагноза и до начала лечения снижается в среднем до  $70,0 \pm 14,0$  балла; во-вторых, оно находится в зависимости от стадии, локализации, формы роста опухоли и осложненного течения заболевания, в-третьих, самые низкие показатели КЖ отмечаются у больных с осложненным раком желудка, когда опухоль носит эндофитный характер и тотально поражает весь желудок ( $57,2 \pm 12,2$  балла), а самые высокие – у больных с неосложненным раком желудка, когда опухоль носит экзофитный характер и располагается в антральном отделе ( $82,7 \pm 12,1$  балла), в-четвертых, показатель КЖ может быть использован в клинической практике как один из критериев установления стадии заболевания на дооперационном этапе обследования больных.

## Литература

1. *Ионова Т. И., Новик А. А., Сухонос Ю. А.* Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология.— 2000.— № 1–2.— С. 25–27.
2. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology / N. K. Aaronson, A. Cull, S. Kaasa et al. // *Int. J. Ment Health.*— 1994.— Vol. 23.— P. 75–96.
3. *Spilker B.* Quality of Life Pharmacoeconomics in Clinical Trials.— 2<sup>th</sup> ed.— Lippincott: Raven, 1996.— P. 306–307.
4. *Hibbs P., Hick F.* Evaluation of quality medical Care.— Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994.— P. 117–123.
5. *Katajima M.* Grey Turner Memorial Lecture. Progress in Gastrointestinal Cancer Management // Challenges of the Twenty-first Century.— 2002.— Vol. 26.— P. 1189–1194.
6. Quality-of-life assessment in surgery: results of the Meran consensus development conference / E. Neugebauer, H. Troidl, S. Wood-Dauphinee et al. // *Theor. Surg.*— 1991.— Vol. 6.— P. 123–127.
7. *Sanders C., Egger M.* Reporting on quality of life in randomized controlled trials: bibliographic study // *BMJ.*— 1998.— Vol. 317.— P. 1191–1194.
8. WHO Meeting of investigations on quality of life.— Geneva, 1992.— 148 p.
9. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment (WHOQOL) // *Quality of Life.*— 1993.— Vol. 2.— P. 153–159.
10. Prognostic value of quality of life scores during chemotherapy for advanced breast cancer / A. Coates, V. Gebiski, D. Signorini et al. // *J. Clin. Oncol.*— 1992.— Vol. 10.— P. 183–188.
11. Relation between tumor size, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases / S. Earlam, C. Glover, C. Fordy et al. // *J. Clin. Oncol.*— 1996.— Vol. 14.— P. 171–175.
12. *Kaasa S., Mastekaasa A., Lund E.* Prognostic factors for patients with inoperable non-small cells lung cancer, limited disease // *Radiother. Oncol.*— 1989.— Vol. 15.— P. 235–242.
13. *Соловьев В. И.* Итоги информационных технологий в прогнозировании качества жизни больных распространенным раком желудка // *Рос. онколог. журн.*— 2004.— № 6.— С. 46–48.
14. *Крылов Н. Н.* Кто должен определять уровень качества жизни? // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.*— 1996.— № 4.— С. 318–323.
15. *Оноприев В. И., Корочанская Н. В., Клименко Л. И.* Перспективы исследования качества жизни в хирургической гастроэнтерологии // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.*— 2001.— № 5.— С. 19–24.

### ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКУ ЗАЛЕЖНО ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ І ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

В. В. ОЛЕКСЕНКО

Наведено результати використання анкети-опитувальника EORTC-QLQ-C30 для дослідження показників якості життя хворих, яким уперше встановлено рак шлунку. Показано, що якість життя пацієнтів залежить від стадії, характеру перебігу захворювання, локалізації і форми росту пухлини.

*Ключові слова:* якість життя, рак шлунку.

### QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH GASTRIC CANCER DEPENDING ON THE PECULIARITIES OF DEVELOPMENT AND COURSE OF THE DISEASE

V. V. OLEKSENKO

The results of the use of EORTC-QLQ-C30 questionnaire in investigation of quality of life indices in patients with newly diagnosed gastric cancer are reported. It is shown that the quality of life of the patients depends on the stage, character of the course, location and form of the tumor growth.

*Key words:* quality of life, gastric cancer.

Поступила 12.12.2012