

Качество жизни больных местно-распространенным раком молочной железы с прогрессированием заболевания после комплексного лечения

Т.Н. Попова, Е.А. Кузеванова

Кафедра хирургии и онкологии ФПК и ППС ГОУ ВПО
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России

Контакты: Екатерина Андреевна Кузеванова licely@mail.ru

При ретроспективном анализе отдаленных результатов качества жизни больных местно-распространенным раком молочной железы с безрецидивной выживаемостью и прогрессированием заболевания через 3–5 лет было выявлено, что качество жизни пациенток с рецидивом заболевания существенно отличается от качества жизни больных с благоприятными отдаленными результатами лечения практически по всем шкалам опросника SF-36.

Ключевые слова: рак молочной железы, качество жизни, опросник SF-36

Quality of life in patients with locally advanced breast cancer with disease progression after combination treatment

T.N. Popova, E.A. Kuzevanova

Department of Surgery and Oncology, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University,
Ministry of Health and Social Development of Russia

Retrospective analysis of the long-term results of a study of quality of life in patients with locally advanced breast cancer with relapse-free survival and disease progression after 3–5 years revealed that the quality of life in patients with recurrence substantially differed from that in those with good long-term results of treatment practically on all SF-36 scales.

Key words: breast cancer, quality of life, SF-36 questionnaire

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) на сегодняшний день является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей. В структуре онкологической заболеваемости женщин почти во всех экономически развитых странах РМЖ занимает 1-е место [1–3]. У большинства пациенток в нашей стране злокачественный процесс диагностируется в местно-распространенной стадии. Это влечет за собой частое развитие рецидива заболевания после комплексного лечения и ухудшение отдаленных результатов. Пятилетняя выживаемость при местно-распространенных стадиях составляет 58,7% [1, 4]. После возникновения прогрессирования заболевания 5-летняя выживаемость достигает 25–30%, 10-летняя — 10%. При метастазировании в кости средняя продолжительность жизни составляет от 12 до 108 мес [5], при поражении головного мозга и печени — от 6 до 12 [6, 7], при поражении легких — более 12 мес [4, 8]. Возникновение местных рецидивов не оказывает значимого влияния на общую продолжительность жизни [4].

Местно-распространенным РМЖ считают при наличии по крайней мере одного из следующих признаков: распространение опухоли на кожу молочной железы или подлежащую грудную стенку; метастазы в ипсилатераль-

ных лимфатических узлах — над- и подключичных; ипсилатеральные аксиллярные метастазы, спаянные между собой или фиксированные к другим структурам; опухоль большого размера в маленькой молочной железе. Под такое определение местно-распространенного РМЖ подпадает рак IIIa, b, c и частично IIb стадий по последней классификации TNM [3, 9].

При возврате заболевания решается вопрос о дальнейшей тактике. Немаловажное значение при этом имеют физическое состояние больной и ее психологический настрой на лечение. Изучение качества жизни в данной ситуации позволяет учитывать особенности физического и эмоционального состояния пациенток для выбора наиболее адекватного лечения и реабилитации.

Цель исследования — изучение качества жизни больных местно-распространенным РМЖ с рецидивами заболевания, развившимися после проведения комплексного противоопухолевого лечения.

Материалы и методы

Представлены материалы исследований качества жизни 73 пациенток, получавших комплексное противоопухолевое лечение в ДКБ Саратова в период с 2004 по 2008 г.

Возраст больных находился в пределах 27–55 лет, средний возраст составил 45,6 года.

При обследовании использовались общепринятые методы: клиничко-anamnestический, ультразвуковое исследование молочных желез, регионарных лимфатических узлов, органов брюшной полости и малого таза, маммография, рентгенография органов грудной клетки. Всем пациенткам были проведены стандартные лабораторные исследования.

РМЖ II стадии был диагностирован у 28 (38 %), III — у 44 (61 %) больных.

В исследуемых группах преобладающей гистологической формой был инфильтрирующий протоковый рак ($n = 59$; 81%), на 2-м месте — инфильтрирующий рак ($n = 8$; 11%). Редкие формы опухоли, такие как медуллярный, дольковый, слизистый рак, выявлены у 6 (8%) пациенток. Статус рецепторов эстрогена (РЭ) и прогестерона (РП) определен у 63 (86,3%) больных. По гормональной зависимости пациентки распределились следующим образом: РЭ+РП+ — 20 (27,4 %); РЭ+РП– — 17 (23,3 %); РЭ–РП+ — 8 (10,9 %); РЭ–РП– — 28 (38,4%).

В соответствии с результатами лечения больные были разделены на 2 группы:

- 1-я группа ($n = 40$; 54,8%) — с безрецидивной выживаемостью (БРВ) в течение 3–5 лет после комплексного лечения;
- 2-я группа ($n = 33$; 45,2%) — с прогрессированием заболевания через 3–5 лет после комплексного лечения.

Все пациентки получили комплексное лечение, включавшее оперативное лечение, лучевую и химиотерапию. Больным с положительным рецепторным статусом была проведена адъювантная гормонотерапия.

Средняя продолжительность времени после окончания противоопухолевого лечения до начала прогрессирования заболевания составила 2,7 года.

У пациенток 2-й группы при прогрессировании заболевания отмечалось отдаленное метастазирование в печень ($n = 11$; 33,3%), легкие ($n = 7$; 21,2%), кости ($n = 13$; 39,4%), головной мозг ($n = 2$; 6,1%).

На момент исследования больные находились на динамическом наблюдении (пациентки с БРВ) или в процессе получения лечебной химиотерапии (пациентки с прогрессированием РМЖ).

Оценку качества жизни проводили по опроснику SF-36, содержащему следующие шкалы:

- 1) физическое функционирование;
- 2) ролевое физическое функционирование;
- 3) боль;
- 4) общее состояние здоровья;
- 5) жизнеспособность;
- 6) социальное функционирование;
- 7) ролевое эмоциональное функционирование;
- 8) психологическое здоровье.

Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение составляло 100. Чем выше был показатель по каждой шкале, тем лучше было качество жизни по этому параметру. Перед подсчетом показателей всех шкал осуществлялась перекодировка ответов (процедура пересчета необработанных баллов опросника в баллы качества жизни), затем для получения значений каждой шкалы — суммирование перекодированных ответов согласно методике по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36.

Результаты

По шкале физического функционирования (Physical Functioning — PF), оценивающей физическую активность, в сравниваемых группах были обнаружены значимые различия (табл. 1).

Пациентки с прогрессированием заболевания, так же как и больные без рецидива, легко себя обслуживали, выполняли умеренные и тяжелые физические нагрузки. Физическая активность пациенток 2-й группы снижалась по мере возрастания физических нагрузок, при ходьбе на более длинные расстояния, при продолжительном подъеме по лестнице (на несколько пролетов).

Ролевое физическое функционирование (Role-Physical Functioning — RP), отражающее роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, в сравниваемых группах практически не различалось: в 1-й группе — 90, во 2-й — 86 баллов (табл. 2). Пациентки 1-й и 2-й групп без особых усилий выполняли повседневную работу без увеличения затраты времени на ее выполнение.

По шкале боли (Bodily Pain — BP) зафиксированы видимые отличия: в 1-й группе — 79, во 2-й — 29 баллов (табл. 3).

Болевые ощущения значительно ограничивали физическую активность больных 2-й группы: они испытывали сильную физическую боль, которая мешала им заниматься нормальной работой.

Оценка пациентками общего состояния здоровья (General Health — GH) показала (табл. 4), что больные исследуемой группы расценивали состояние своего здоровья как плохое, хуже, чем у своих знакомых, с тенденцией к ухудшению здоровья и плохому прогнозу. Таким образом, пациентки с прогрессированием заболевания не верили в положительные результаты лечения.

По шкале жизненной активности (Vitality — VT) обнаружена выраженная зависимость от течения заболевания: в 1-й группе — 88,5, во 2-й — 68 баллов (табл. 5). У пациенток с прогрессированием заболевания чаще, чем у больных без рецидива, отмечались усталость, повышенная утомляемость, бессилие и снижение жизненной активности.

У пациенток с прогрессированием заболевания физическое и эмоциональное состояние в большей

Таблица 1. Результаты исследования физического функционирования у пациенток после комплексного лечения

№	Вопросы шкалы PF	Результаты, балл	
		1-я группа	2-я группа
1	Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	2	2
2	Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	3	3
3	Поднять или нести сумку с продуктами	3	2,7
4	Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	2	1,4
5	Подняться пешком по лестнице на один пролет	3	2,5
6	Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	3	2,4
7	Пройти расстояние > 1 км	2,1	1,2
8	Пройти расстояние несколько кварталов	2,1	1,5
9	Пройти расстояние 1 квартал	3	2,3
10	Самостоятельно вымыться, одеться	3	3
Пересчет суммарного балла*		81	60

*PF = ((PFsum - 10)/20) × 100, где PFsum — сумма баллов.

Таблица 2. Результаты исследования ролевого физического функционирования у пациенток после комплексного лечения

№	Вопросы шкалы RP	Результаты, балл	
		1-я группа	2-я группа
1	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела	2	1,8
2	Выполнили меньше, чем хотели	1,8	1,8
3	Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1,8	1,8
4	Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	2	2
Пересчет суммарного балла*		90	86

*RP = ((RPsum - 4)/4) × 100, где RPsum — сумма баллов.

Таблица 3. Результаты исследования интенсивности боли у пациенток после комплексного лечения

№	Вопросы шкалы BP	Результаты, балл	
		1-я группа	2-я группа
1	Насколько сильную физическую боль вы испытывали за последние 4 нед	5	2,4
2	В какой степени боль в течение последних 4 нед мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома)	4,9	2,5
Пересчет суммарного балла*		79	29

*BP = (((BP7" + BP8") - 2)/10) × 100.

Таблица 4. Результаты исследования общего состояния здоровья пациенток после комплексного лечения

№	Вопросы шкалы GH	Результаты, балл	
		1-я группа	2-я группа
1	Как в целом Вы оценили бы состояние Вашего здоровья	4,7	3,3
2	Мне кажется, что я более склонна к болезням, чем другие	4,3	3,0
3	Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	4,6	2,9
4	Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	4,6	2,6
5	У меня отличное здоровье	4,5	2,9
Пересчет суммарного балла*		88,5	48,5

*GH = ((GHsum - 5) / 20) × 100, где GHsum — сумма баллов.

Таблица 5. Результаты исследования жизненной активности больных после комплексного лечения

№	Вопросы шкалы VT	Результаты, балл	
		1-я группа	2-я группа
1	Вы чувствовали себя бодрой	5,5	4,3
2	Вы чувствовали себя полной сил и энергии	5,4	4,2
3	Вы чувствовали себя измученной	5,5	4,5
4	Вы чувствовали себя уставшей	5,3	4,6
Пересчет суммарного балла*		88,5	68

*VT = ((VTsum - 4) / 20) × 100, где VTsum — сумма баллов.

Таблица 6. Результаты исследования социального функционирования у больных после комплексного лечения

№	Вопросы шкалы SF	Результаты, балл	
		1-я группа	2-я группа
1	Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 нед мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе	4,8	3,6
2	Как часто за последние 4 нед Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми	4,8	3,8
Пересчет суммарного балла*		95	67,5

*SF = ((SFsum - 2) / 8) × 100, где SFsum — сумма баллов.

степени ограничивало социальную активность (Social Functioning — SF). Они редко встречались со своими друзьями, соседями, коллегами по работе, мало времени проводили с семьей (табл. 6).

По шкале ролевого эмоционального функционирования (Role Emotional — RE) пациентки с прогрессированием заболевания существенно отличались от больных без рецидива (табл. 7). У них уменьшилось

время, затрачиваемое на работу, которую они стали выполнять менее аккуратно и в меньшем объеме.

При сравнении показателей психического здоровья (Mental Health — MH) в группах было установлено, что больные с рецидивом заболевания в течение большей части времени находились в плохом настроении, депрессии, отмечали значительный уровень тревоги и незначительное число положительных эмоций (табл. 8).

Таблица 7. Результаты исследования ролевого функционирования у больных после комплексного лечения

№	Вопросы шкалы RE	Результаты, балл	
		1-я группа	2-я группа
1	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела	2	1,6
2	Выполнили меньше, чем хотели	1,9	1,6
3	Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1,9	1,6
Пересчет суммарного балла*		93,3	60

* $RE = ((RE_{sum} - 3)/3) \times 100$, где RE_{sum} — сумма баллов.

Таблица 8. Результаты исследования психического здоровья пациенток после комплексного лечения

№	Вопросы шкалы МН	Результаты, балл	
		1-я группа	2-я группа
1	Вы сильно нервничали	5,2	3,6
2	Вы чувствовали себя такой подавленной, что ничто не могло вас взбодрить	5,3	3,5
3	Вы чувствовали себя спокойной и умиротворенной	5,2	3,7
4	Вы чувствовали себя упавшей духом и печальной	5,3	3,6
5	Вы чувствовали себя счастливой	5,1	3,7
Пересчет суммарного балла*		84,4	52,4

* $MN = ((MN_{sum} - 5)/25) \times 100$, где MN_{sum} — сумма баллов.

Таблица 9. Результаты исследования качества жизни больных РМЖ после комплексного лечения

Шкала опросника SF-36	Результаты, балл		p
	1-я группа	2-я группа	
Физическое функционирование	81	60	> 0,05
Ролевое функционирование	90	86	> 0,05
Боль	79	29	< 0,05
Общее состояние здоровья	88,5	48,5	< 0,05
Жизнеспособность	88,5	68	> 0,05
Социальное функционирование	95	67,5	> 0,05
Ролевое эмоциональное функционирование	93,3	60	< 0,05
Психологическое здоровье	84,4	52,4	> 0,05

Пациентки с прогрессирующим заболеванием часто нервничали, чувствовали подавленность, упадок духа и печаль, ничто не могло их взбодрить. Напротив, больные с БРВ большую часть времени были спокойными, умиротворенными, счастливыми.

Качество жизни больных местно-распространенным РМЖ с рецидивом заболевания после комплексного лечения отличается от качества жизни пациенток с благоприятными отдаленными результатами (табл. 9). Повседневная деятельность и физическая активность больных ограничена состоянием их здоровья. В связи с ухудшением эмоционального статуса ограничены также и социальные контакты. У большинства пациенток отмечены депрессия и тревога по поводу состояния своего здоровья и дальнейшей судьбы.

Статистически значимые ($p < 0,05$) различия выявлены по шкалам боли, общего состояния здоровья и ролевого эмоционального функционирования. Это

означает, что пациентки с прогрессирующим заболеванием страдают из-за выраженных болей и расценивают свое общее состояние здоровья как плохое. Они теряют веру и надежду на выздоровление, негативно воспринимают предложения о дальнейшем лечении.

Выводы

Для больных РМЖ с рецидивом и прогрессирующим заболеванием после комплексного лечения необходимо разрабатывать целую систему мероприятий, направленных на улучшение качества жизни. В первую очередь следует улучшить физическое самочувствие пациенток с помощью симптоматического лечения. Показано проведение специфической терапии, направленной на основной процесс. Большое значение для успеха лечения имеет психологическая реабилитация больных с целью выработки у них положительной мотивации к лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И. Качество жизни онкологических больных после ортопедической стоматологической реабилитации. Вестн РОНЦ им. Н.И. Блохина РАМН 2010; 21(2): 80, Прил 1).
2. Greenlee R., Murray T., Bolden S. et al. Cancer statistics, 2000. CA Cancer J Clin 2000;50(1):7–33.
3. Хакимов Г.А. Опыт лечения больных местно-распространенным раком молочной железы. ОЖРС 2009;(1–2):27–9.
4. Давыдов М.И., Летагин В.П. Практическая маммология. М.: Практическая медицина, 2007; с. 191–205.
5. Ruggiero S.L. Endodontic implications of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws. Engl J Med 2004;351(2):190–2.
6. Chock J. A meta-analysis of two randomized trials of early chemotherapy in asymptomatic metastatic breast cancer. Proc Am Soc Clin Oncol 2002; 21:55a.
7. Zortbolya A. Spectral biclustering of microarray cancer data: co-clustering genes and conditions. Proc Canc Symp 1999.
8. Diseases of the breast. Harris J.R., Lippman M.E., Morrow M. eds. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1996.
9. Портной С.М. Роль хирургического метода в лечении местно-распространенного рака молочной железы и диссеминированного рака молочной железы. Практик онкол 2000; (2):57–60.