

Оригінальні статті

УДК 616.831–006.484: 616.24–008.4

Показатели качества жизни в оценке эффективности лечения больных с глиальными опухолями полушарий большого мозга

Розуменко В.Д., Хорошун А.П.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины, г. Киев

Изучены показатели качества жизни (КЖ) у 532 больных с глиомой головного мозга (ГГМ) в процессе комплексного лечения. Установлено, что КЖ зависит от локализации, гистобиологических свойств опухоли, выраженности дооперационного неврологического дефицита, возраста и пола. После проведения послеоперационных реабилитационных мероприятий число больных, у которых индекс Karnofsky превышал 70 баллов, увеличилось на 37,2%, число больных, у которых показатели КЖ по шкале социально-психологической адаптации соответствовали «среднему» и «высокому» уровню — на 39%.

Ключевые слова: глиома головного мозга, функционально важные зоны, медианные структуры, качество жизни.

В настоящее время при оценке результатов лечения пациентов с онкологическими заболеваниями особое внимание уделяют показателям КЖ [3, 5, 6, 11]. Основная цель всей системы медицинской помощи в онкологии — это восстановление и/или сохранение КЖ [1, 3]. Это относится и к больным с опухолевым поражением центральной нервной системы (ЦНС) [4, 6, 10, 11, 14, 28].

Понятие КЖ применительно к медицине используют в научной литературе, начиная с 1977 г. По данным конференции Национального Института Рака США (NCI) и Американского Общества Клинической Онкологии (ASCO), которая состоялась в 1990 г., показатель КЖ является ведущим по значимости критерием оценки результатов противоопухолевого лечения после показателя выживаемости [3, 5, 12, 13].

КЖ — это совокупная оценка физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека, включающая субъективное восприятие жизнедеятельности самим пациентом [11, 29]. Американские исследователи дополняют понятие КЖ финансовым и духовным благополучием человека [15]. КЖ — это показатель воздействия на человека внешней и внутренней среды [16], он зависит от многих факторов: возраста, пола, локализации опухолевого процесса, гистобиологической характеристики опухоли, метода лечения и т.д. [19, 24, 27]. Также в литературе широко распространен термин «качество жизни, связанное со здоровьем», что позволяет дифференцированно определять влияние болезни на лечение и состояние пациента [9]. Таким образом, эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий сопоставляют с субъективным мнением самого пациента, что дает возможность определить не только его объективный статус, но и самооценку этого статуса [13].

Особую важность изучение этих вопросов приобретает в нейроонкологии у больных с ГГМ, поскольку, наряду с обеспечением качества и доступности высококвалифицированной медицинской помощи, необходимо иметь в виду такие жизненные аспекты, как трудности социальной адаптации в изменяющемся мире, ощущение пациентом бесперспективности и безысходности своего состояния, обусловленного онко-

логическим заболеванием, утратой дееспособности и инвалидизацией вследствие нарушения функций организма, появлением побочных реакций на постоянно применяемые лекарственные средства, в первую очередь, антибластические препараты, зависимостью от необходимости посторонней помощи и др. [13, 17, 21, 22, 24, 25].

КЖ больных с ГГМ является определяющим критерием оценки их состояния и эффекта проводимой терапии. Это обусловлено тем, что возникающие ограничения нормального существования пациента при любом хроническом заболевании часто оказываются более важными для него, чем симптомы заболевания [17, 20].

С 70-х годов прошлого века разработаны и опубликованы более 400 общих и специальных анкет для изучения КЖ [1, 3, 4, 6, 15, 18, 25]. Область применения опросников КЖ достаточно широка. В клинической практике они позволяют выявить те сферы функционирования, которые наиболее пострадали в связи с болезнью и требуют особого внимания пациента. В сочетании с другими методами такие тесты позволяют оценивать результаты лечения каждого конкретного больного. Кроме того, опросники КЖ широко применяют в клинических испытаниях тех или иных методов лечения.

Цель исследования: изучение показателей КЖ больных с ГГМ в процессе комплексного лечения, включающего хирургическое удаление опухоли и послеоперационную восстановительную терапию.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах лечения в клинике 532 больных, оперированных по поводу ГГМ. У 139 (26,1%) больных выявлена глиома типичной структуры, у 251 (47,2%) — анапластическая глиома, у 142 (26,7%) — глиобластома. В 293 (55,1%) наблюдениях установлено распространение опухоли на медианные структуры. Мужчин было 316, женщин — 216. Возраст больных от 18 до 74 лет. Левосторонняя локализация процесса отмечена у 280 (52,6%) больных, правосторонняя — у 252 (47,4%). Клинический диагноз, определяющий тактику хирургического лечения, методологию и объем удаления опухоли, устанавливали на основе результатов МРТ, КТ, ОФЭКТ.

В определении лечебных мероприятий важное значение имеют данные неврологического обследования, позволяющего выявить очаговые симптомы, оценить их выраженность, определить уровень сохранности функционально значимых структур мозга, поскольку обеспечение КЖ оперированных пациентов, прогнозируемый исход операции предполагают регресс клинических симптомов заболевания, предупреждение возможного усугубления неврологического дефицита или появления новых очаговых симптомов.

Сравнительный анализ КЖ проведен в динамике: после госпитализации (до операции), после оперативного вмешательства (в ранний послеоперационный период) и по окончании курса восстановительной терапии. Обязательным условием являлось определение КЖ больных с учетом оценки их общего состояния по шкале Karnofsky [18] (до и после операции, перед выпиской). Во всех наблюдениях наиболее важным в оценке результатов лечения было выявление изменений КЖ оперированных больных, чем обусловлена разработка критериев КЖ с оценкой социально-психологической адаптации по показателям физического состояния, психологического благополучия, социальных взаимоотношений и функциональных способностей [7].

В неврологическом статусе больных до операции из очаговых симптомов ведущими были двигательные нарушения — у 294 (55,3%), в том числе парез — у 276 (51,8%), парезы — у 18 (3,4%), различные формы речевых нарушений — у 111 (20,8%). У 82 (15,4%) больных афазия сочеталась с двигательными нарушениями: от умеренно выраженного гемипареза до гемиплегии. Эпилептиформные приступы наблюдали у 192 (36%) больных.

У 122 (22,9%) пациентов после хирургического вмешательства наблюдали регресс двигательного дефицита в течение 2–3 сут, у 23 (4,3%) — усугубление существующих, а у 35 (6,6%) — появление новых неврологических симптомов, что обусловлено расположением опухоли в функционально значимых рече-двигательных зонах головного мозга.

Восстановительное лечение (ВЛ) в раннем послеоперационном периоде является составляющей общих лечебных мероприятий при ГГМ. Программа ранней реабилитации включала медикаментозную терапию, физиотерапевтические методы, в том числе лазеротерапию (ЛТ), электромиостимуляцию (ЭМС), лечебную физкультуру (ЛФК), массаж, психотерапию (социальную адаптацию). Лечение проводили с учетом общесоматического статуса и функционального состояния ЦНС. При этом оценивали уровень сознания, выраженность гипертензивного синдрома, общемозговых симптомов.

Реабилитационные мероприятия проводили индивидуализированно. Динамическая оценка функционального состояния больного позволяет принимать решение об усилении, ослаблении либо продолжении тех или иных видов реабилитационного воздействия. ЛФК и массаж проводили с интервалом не менее 1–1,5 ч до ЛТ и ЭМС. Если курс лечения включал ЛТ и ЭМС, то ЛТ проводили не менее чем за 30 мин до ЭМС.

Результаты и их обсуждение. Из 532 больных с ГГМ в послеоперационном периоде реабилитационная терапия проведена 207 (39%). Необходимость ВЛ обусловлена наличием неврологического дефицита,

связанного в основном с поражением функционально значимых рече-двигательных зон.

ВЛ начинали в ранний период после операции, оно было направлено, в первую очередь, на устранение отека мозга, нарушений микроциркуляции и нейродинамических расстройств в зоне «функциональной асимметрии». В комплексе реабилитационных мероприятий применяли как лекарственные средства (сосудистые, антихолинэстеразные), так и физиотерапевтические методы (ЭМС, ЛТ), массаж, ЛФК, занятия с логопедом, направленные на восстановление утраченных функций (двигательных, речевых).

У 147 (30,9%) больных с выраженными двигательными нарушениями курс реабилитационных мероприятий включал лечение положением, ЛФК, антихолинэстеразную и сосудистую терапию, ЭМС. У 38 больных проведена ЛТ, у 18 (3,4%) из них — в сочетании с ЭМС, у 20 (3,7%) — с массажем, ЛФК и медикаментозным лечением. Занятия с логопедом у 80 (15,1%) пациентов при наличии афатических расстройств и сопутствующих двигательных нарушений проводили в сочетании с массажем, ЭМС, ЛФК и медикаментозным лечением. Курс реабилитационной терапии у 33 (6,2%) пациентов включал ЛФК, массаж и медикаментозную терапию. Применение лечебных физических факторов (ЛФФ) в этой группе пациентов не было показано в связи с быстрым регрессом двигательных нарушений.

При ГГМ высокой степени злокачественности (глиобластома) применение активной сосудистой терапии ограничивали. Считали целесообразным проведение терапии, направленной на улучшение синаптической передачи нервных импульсов.

Регресс двигательных и речевых нарушений в ранний послеоперационный период под влиянием комплекса противоотечной терапии и ВТ свидетельствовал о сохранности структур мозга, ответственных за двигательные и речевые функции. В связи с этим следует отметить, что менее травматичным является удаление опухоли с применением микрохирургической техники в сочетании с использованием лазерных технологий.

Под влиянием проведенного курса лечения у больных наблюдали положительную динамику, что проявлялось увеличением объема активных движений, улучшением функции ходьбы и владения бытовыми навыками, восстановлением речевых функций. Степень восстановления двигательных функций зависела также от продолжительности и степени их нарушения до операции.

Анализ результатов показал, что КЖ при ГГМ зависит от многих факторов. Различия в оценке КЖ выявлены в разных возрастных группах. Так, у пациентов молодого возраста (от 19 до 44 лет) КЖ по показателям шкалы Karnofsky и шкалы социально-психологической адаптации было более высоким, что свидетельствовало об их лучшей социальной адаптации. У больных среднего (от 45 до 59 лет) и пожилого (от 60 до 74 лет) возраста эти показатели были ниже, самые низкие показатели наблюдали у пациентов пожилого возраста, что свидетельствовало о неуверенности в себе, связанной с более высокой зависимостью от окружающих [27]. К моменту окончания курса комплексного лечения низкие показатели КЖ (50 и 60 баллов по шкале Karnofsky) наблюдали у 11% пациентов молодого, у 15,1% — среднего и 20,3% — пожилого

возраста; низкий уровень КЖ по показателям шкалы социально-психологической адаптации наблюдали у 13,1% пациентов молодого, 22,1% — среднего и 25% — пожилого возраста.

Показатели КЖ по шкале Karnofsky и по шкале социально-психологической адаптации у женщин были несколько ниже, чем у мужчин. Женщины более озабочены своим самочувствием, семейными проблемами, внешним видом, болезненными проявлениями недуга, они более эмоциональны [24, 27]. В момент госпитализации показатели КЖ по шкале Karnofsky (60 баллов и ниже) были у 54,5% мужчин и 56,2% женщин, 70 баллов и выше — соответственно у 45,5 и 43,8%. После проведения курса комплексного лечения эти показатели составляли у мужчин — 13,2 и 86,8%; у женщин — 15,2 и 84,8%. При сравнении показателей КЖ по шкале социально-психологической адаптации до операции «низкий» уровень отмечен у 38,7% мужчин и 42,1% женщин, «средний» и «высокий» уровень — у 61,3% мужчин и 57,9% женщин. После проведения курса комплексного лечения «низкий» уровень КЖ выявлен у 16,9% мужчин, «средний» и «высокий» уровень — у 83,1%; у женщин соответственно у 18,2 и 81,8%.

Показатели КЖ зависят также от локализации опухолевого процесса. При поражении функционально важных рече-двигательных зон мозга у пациентов наблюдали более низкие показатели КЖ, что свидетельствовало о большей выраженности неврологических проявлений заболевания и большей социально-психологической дезадаптации больных, связанной с ограниченными возможностями активного образа жизни, возрастающей зависимостью от помощи окружающих, уменьшением количества социальных контактов [21, 27]. При поражении лобно-теменных отделов мозга, ответственных за двигательную функцию, показатели КЖ 60 баллов и ниже по шкале Karnofsky до операции выявляли у 68,4% больных, лобно-височных отделов мозга, ответственных за функцию речи — у 52,5%, лобно-теменно-височных отделов — у 68,2%, височно-теменных — у 62,8%, распространение на медианные структуры — у 59,2%; показатели КЖ более 70 баллов при поражении лобно-теменных отделов отмечены у 31,6%, лобно-височных — у 47,5%, лобно-теменно-височных — у 31,8%, височно-теменных — у 37,2%, при распространении на медианные структуры — у 40,8%. После проведения лечебных мероприятий показатели КЖ 60 баллов и ниже при поражении лобно-теменных отделов мозга отмечены у 38,6%, лобно-височных — у 12,4%, лобно-теменно-височных — у 45,4%, височно-теменных — у 17,2% при распространении на медианные структуры — у 17,7%; показатели КЖ 70 баллов и выше при поражении лобно-теменных отделов наблюдали у 54,4%, лобно-височных — у 87,6%, лобно-теменно-височных — у 54,6%, височно-теменных — у 82,8%, при распространении на медианные структуры — у 82,3%.

Показатели КЖ по шкале социально-психологической адаптации при поражении лобно-теменных отделов до операции соответствовали «низкому» уровню жизни — у 54,4% больных, лобно-височных — у 45%, лобно-теменно-височных — у 50%, височно-теменных — у 47,1%, при распространении на медианные структуры — у 54,2%; соответственно «средний» и «высокий» уровень жизни при локализации процесса в лобно-теменных отделах мозга выявлен

у 45,6% больных, лобно-височных — у 55%, лобно-теменно-височных — у 50%, височно-теменных — у 52,9%, при распространении на медианные структуры — у 45,8%.

После проведения курса комплексного лечения показатели КЖ по шкале социально-психологической адаптации соответствовали «низкому» уровню при локализации процесса в лобно-теменных отделах у 49,1% больных, лобно-височных — у 18,8%, лобно-теменно-височных — у 45,4%, височно-теменных — у 15,7%, при распространении на медианные структуры — у 18,1%; соответственно «среднему» и «высокому» уровню — при локализации опухоли в лобно-теменных отделах — у 50,1%, лобно-височных — у 81,2%, лобно-теменно-височных — у 54,6%, височно-теменных — у 84,3%, при распространении на медианные структуры — у 81,9%. Таким образом, показатели КЖ при локализации процесса в функционально важных зонах ниже, чем в общей группе.

Важным фактором, оказывающим влияние на показатели КЖ больных, являются гистобиологические свойства глиом различной степени злокачественности. По мере увеличения степени злокачественности показатели КЖ снижаются. При определении показателей КЖ по шкале Karnofsky до операции 60 баллов и ниже наблюдали у 44,8% больных с глиомой II степени анаплазии, у 56,6% — III степени анаплазии, у 58,6% — IV степени анаплазии; 70 баллов и выше — у 55,2% больных с глиомой II степени анаплазии, у 43,4% — III степени анаплазии, у 41,4% — IV степени анаплазии. После проведения лечебных мероприятий показатели КЖ 60 баллов и ниже выявлены у 9,8% больных с глиомой II степени анаплазии, у 13,3% — III степени анаплазии, у 17,7% — IV степени анаплазии; 70 баллов и выше — у 90,2% больных с глиомой II степени анаплазии, у 86,7% — III степени анаплазии, у 82,3% — IV степени анаплазии.

При определении КЖ по шкале социально-психологической адаптации «низкий» уровень жизни наблюдали при глиоме II степени анаплазии у 31,5% больных, III степени анаплазии — у 43,7%, IV степени анаплазии — у 43,5% соответственно; «средний» и «высокий» уровень жизни отмечен у 68,5% больных с глиомой II степени анаплазии, у 56,3% — III степени анаплазии, у 56,5% — IV степени анаплазии. После курса лечебных мероприятий «низкий» уровень КЖ отмечен у 12,6% больных с глиомой II степени анаплазии, у 16,6% — III степени анаплазии, у 22,8% — IV степени анаплазии; соответственно «средний» и «высокий» уровень КЖ при глиоме II степени анаплазии выявлен у 87,4% пациентов, III степени анаплазии — у 83,4%, IV степени анаплазии — у 77,2%. Таким образом, наиболее низкие показатели КЖ наблюдали у больных с глиомой IV степени анаплазии.

Нами также проведена сравнительная оценка показателей КЖ в соответствии со шкалой Karnofsky и шкалой социально-психологической адаптации в зависимости от метода хирургического лечения. Наиболее высокие показатели КЖ наблюдали в группе больных, оперированных с использованием лазерных технологий, КЖ 70 баллов и выше отмечено у 87,1% из них. При применении ультразвуковых технологий такие показатели КЖ выявлены у 69,2%, микрохирургической техники — у 78,2%. При оценке КЖ больных с внутримозговыми опухолями полушарий большого мозга в соответствии со шкалой

социально-психологической адаптации «средний» и «высокий» уровень наблюдали у 92% из них — при использовании лазерных технологий, у 68,1% — ультразвуковых технологий, у 82% — микрохирургической техники.

Принципиально важным отличием исследований с анализом КЖ от ранее применявшихся в медицине клинических и инструментальных методов является то, что оценка состояния больного базируется на его субъективном восприятии, которое не всегда совпадает с мнением врача и окружающих. Это в значительной мере согласуется с основным положением концепции реабилитации — апелляции к личности пациента. Оценка КЖ самим больным — важный и надежный показатель его общего состояния. Изучение КЖ предоставляет врачу уникальную возможность посмотреть на заболевание глазами пациента и констатировать перемены, происходящие под влиянием комплексного лечения. Эти данные наряду со стандартным медицинским заключением позволяют составить целостную и объективную картину состояния больного.

Все инструменты для оценки здоровья и КЖ делятся на общие и специальные. Общие тесты позволяют оценивать состояние пациентов независимо от характера основного заболевания. Преимуществом общих опросников является возможность сравнить результаты обследования, полученные при различных заболеваниях и в различных популяциях, недостатком — недостаточная чувствительность при конкретном заболевании. Специфические опросники предназначены для решения конкретных задач. Они позволяют выявить нарушения, типичные для данного состояния или проблемы, отличаются большей чувствительностью, но не позволяют сравнивать результаты, полученные при различных заболеваниях. Из общих опросников, рассчитанных на оценку КЖ в разных возрастных группах здоровых или больных, независимо от нозологической формы, выделяют Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) [5] и анкету ВОЗ «Качество жизни-100» (WHOQOL-100) [30], а также методы оценки КЖ у пациентов с онкологическими заболеваниями: американский опросник FACT-G (Assessment of Cancer Therapy-General) [15] и европейский — EORTC-QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organisation for Research and Treatment Cancer) [11]. Однако их применение у больных с ГМ затруднительно, так как они не адаптированы для этого контингента. Попытки адаптировать шкалы EORTC QLQ и FACT-G к нейроонкологической практике путем добавления модуля «опухоль головного мозга» успеха не имели, так как не учитывали специфичности пораженного органа.

Вместе с тем, диагноз опухоли ЦНС — диагноз инкурабельного, прогрессирующего заболевания, затрагивающего все сферы жизни пациента (интеллектуальную, познавательную, физическую) [12, 26]. Общепринятые методы оценки результатов лечения: данные нейроинтраскопических методов исследования, продолжительности жизни, сроков ремиссии, тяжести интоксикации являются отражением того, что произошло с больным, но не дают представления о социальных и психологических последствиях лечения [14, 23]. Важно, что сохранение психосоциальных функций и наличие терапевтических методов их улучшения положительно влияют на показатели

выживаемости пациентов [13, 17]. Несмотря на существующие попытки оценивать познавательную и психосоциальную функции [27], в современной литературе относительно мало сообщений на эту тему. Преимущество отдают показателям физического состояния [17].

Акцент на функциональной оценке здоровья больного с опухолью мозга и КЖ, впервые проведенный D. Karnofsky [18], который широко используют в зарубежной онкологии [21, 22] и недостаточно — в отечественной онкологической литературе [2], дает возможность сосредоточить внимание не столько на болезни, сколько на общем влиянии комбинированного лечения на здоровье больного. Оценка состояния пациента с ее помощью не полностью соответствует критериям ВОЗ: «Здоровье — ...состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболевания или физических недостатков, оценке подлежит также и социальный статус» [28]. Такую оценку лучше проводить, используя многопрофильные инструменты [14, 24], основанные на самооценке пациентов, которые, несмотря на их субъективный характер, отражают реальные проблемы, стоящие перед пациентами [14, 22]. Если суждение пациента, у которого обнаружена опухоль головного мозга, сомнительно, полезную информацию можно получить от членов его семьи или медицинского персонала [6, 14]. Такая позиция не снижает важности показателя выживаемости [13]. Тем не менее, она отражает документально зафиксированные проблемы функциональных ограничений, связанных с заболеванием и его лечением, в частности, проблемы постоянной недееспособности [13]. Шкала Karnofsky [18] не адаптирована к нейроонкологической патологии и не учитывает динамичность течения заболевания с возможным регрессом симптомов на фоне проводимых лечебных мероприятий [8].

В связи с этим в клинике разработана видоизмененная шкала Karnofsky, в которой учтены неврологические симптомы, выраженность гипертензивного синдрома и его компонентов, тяжесть интоксикации [4]. Однако в этой шкале не было уделено внимание психо-эмоциональным переживаниям больного, связанным с постоянным ограничением режима, диетотерапией, что не все пациенты переносят адекватно.

В последующем разработана и апробирована новая шкала оценки КЖ пациентов с поражением ЦНС [6], основанная на изучении двух блоков адаптации пациента к окружающей среде: социальной адаптации и психоневрологического статуса. Каждая качественная характеристика объекта оценки имеет количественное выражение, а сумма этих показателей отражает КЖ пациента. Это существенный момент новой шкалы, позволяющий количественно оценить КЖ, подойти к стандартизации результатов лечения и объективно определить качество работы различных хирургов, эффективность различных методов и способов лечения, а в конечном итоге — клиник в целом. Шкала адаптирована для пациентов с поражением ЦНС различного происхождения, различного возраста, может быть использована при оценке КЖ больных нейрохирургического и неврологического профиля [6].

Опухоли головного мозга и их специфическое лечение оставляют множество нежелательных последствий в виде косметических дефектов, тяжелой

психической травмы, и пациенты, кроме проблемы выживания, озабочены утратой дееспособности и инвалидизацией вследствие нарушения функций организма [14, 17, 21, 22]. В связи с этим возникает необходимость разработки новых и совершенствования существующих методов оценки КЖ, основанных на потребностях пациентов, для более полного отражения состояния их здоровья [14]. Наиболее проблематичны вопросы оценки КЖ больных, находящихся в «удовлетворительном» состоянии, которые существенно различаются уровнем интеллектуально-мнестических функций и психо-эмоционального поведения.

В связи с этим нами разработан способ оценки КЖ у больных с внутримозговыми опухолями полушарий большого мозга. На основе анализа материала выделены 30 факторов, влияющих на КЖ пациентов с ГМ, на основании детального учета уровня интеллектуально-мнестических функций и эмоционального поведения [7]. Для больных, находящихся в удовлетворительном состоянии, используем 60-балльную шкалу социально-психологической адаптации для оценки физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений, функциональных способностей, при этом число баллов от 41 до 60 свидетельствует о высоком социально-адаптационном уровне КЖ пациента, от 21 до 40 — о среднем, от 0 до 20 — о низком. Для пользования шкалой выбраны 30 наиболее важных показателей с тремя ответами на каждый из них с учетом выраженности неврологических симптомов (двигательные нарушения, судорожные приступы), гипертензивного синдрома (головная боль, застой на глазном дне) и его компонентов (тошнота, рвота), тяжести интоксикации нейроонкологических больных (дневная активность, утомляемость) и др. [7].

Результаты хирургического и восстановительного лечения пациентов с ГМ оценивали по шкале Karnofsky и предложенной нами шкале социально-психологической адаптации оценки КЖ больных с внутримозговыми опухолями полушарий большого мозга [7]. Как показали результаты проведенных нами исследований, при ГМ после лечебных мероприятий, включающих хирургическое удаление опухоли и реабилитационную терапию, число больных, у которых до операции индекс Karnofsky составлял 60 баллов и ниже, уменьшилось с 52,7 до 15,5%; число пациентов, у которых до операции он составлял 70 баллов и выше — увеличилось с 47,3 до 84,5%. И если до операции преобладали (51,3%) больные, КЖ которых в соответствии со шкалой социально-психологической адаптации оценено как «низкий» уровень, после проведения комплекса лечебных мероприятий, включавших хирургическое удаление опухоли и курс реабилитационного лечения, таких больных стало 12,3%; в то же время КЖ оценено на уровне «высокого» и «среднего» уровня соответственно у 48,7 и 87,7%.

Выводы. 1. КЖ больных с ГМ зависит от выраженности клинических проявлений заболевания, обусловленных локализацией опухоли, ее размеров, тяжести поражения функционально важных зон мозга, гистобиологических свойств опухоли.

2. КЖ больных зависит от возраста и характеризуется более высокими показателями по шкале Karnofsky и шкале социально-психологической адаптации у пациентов молодого возраста, что сви-

детельствует о более высоком уровне независимости, социальных отношений, общей оценки КЖ.

3. Показатели КЖ ухудшаются по мере усугубления неврологических нарушений (речевых, двигательных), что отражает тяжесть течения заболевания, и увеличения степени зависимости от помощи окружающих, ограничения социальных отношений.

4. КЖ зависит от пола; у женщин показатели КЖ по шкале Karnofsky и социально-психологической адаптации ниже, чем у мужчин.

5. Комплексное лечение, включающее хирургическое удаление опухоли и курс ВТ, в которую входят медикаментозные, физиотерапевтические методы, ЛФК, массаж, в раннем послеоперационном периоде позволяет достичь не только значительного клинического улучшения, но и повышения КЖ пациентов с ГМ.

Список литературы

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: Руководство для врачей и научных работников. — М., 2004. — 432 с.
2. Голанов Л.В. Дифференцированный подход к лечению глиом низкой степени злокачественности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1992. — 21 с.
3. Горбунова В.А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных // Материалы 4-й Рос. онкол. конф. — М., 2000. — С.125–127.
4. Григорьев Е.А. Дооперационная антибластическая терапия глиом полушарий большого мозга: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 1993. — 20 с.
5. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. — 2000. — Т.2. — С.25–27.
6. Орлов Ю.А. Оценка качества жизни пациентов с поражениями центральной нервной системы // Укр. нейрохирург. журн. — 2001. — №1. — С.89–94.
7. Спосіб оцінки якості життя хворих із внутрішньомозковими пухлинами півкуль великого мозку / В.Д. Розуменко, О.В. Хоменко, А.П. Курдюкова та ін. (Україна). Патент 43757 А, Україна // №2001085903; Заяв. 22.08.01; Опубл. 17.12.01. — Бюл. 11. — С.9.
8. Розуменко В.Д. Принципы оказания помощи при неотложных состояниях в нейроонкологии // Укр. мед. альманах. — 1999. — Т.2, №3. — С.87–90.
9. Семернин Е.Н., Ионова Т.И., Козлова С.Н., Мирошенков П.В. Качество жизни, связанное со здоровьем: теория, методы и практика // Качественная клин. практика. — 2002. — №2. — С.48–52.
10. Aaronson N.K., Bullinger M., Ahmedrai S. A modular approach to quality of life assessment in cancer clinical trials // Resent Results Cancer Res. — 1988. — V.111. — P.231–249.
11. Aaronson N.K., Cull A., Kaasa S., Shranger M. The European Organisation of Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology // Int. J. Ment. Health. — 1994. — V.23. — P.75–96.
12. Anderson S.L., Taylor R., Whittle I. R. Mood disorders in patients after treatment for primary intracranial tumours // Br. J. Neurosurg. — 1999. — V.13. — P.480–485.
13. Vampoe J., Ritvo P., Bernstein M. Quality of life in patients with brain tumor: what's relevant in our guest for therapeutic efficacy // Neurosurg. Focus. — 1998. — V.4, N6. — P.6.
14. Vampoe J., Laperriere N., Pintilie M. et al. Quality of life patients with glioblastoma multiforme participating in a randomized study of brachytherapy as a boost treatment // J. Neurosurg. — 2000. — V.93. — P.917–926.
15. Cella D.F. Quality of life outcomes: measurement and validation // Oncology. — 1996. — V.11. — P.233–246.
16. Felce D. Defining and applying the concept of quality of life // J. Intellect. Disabil. Res. — 1997. — V.41, N2. — P.126–135.

17. Hahn C. A., Dunn R.H., Logue P.E. et al. Prospective study of neuropsychologic testing and quality-of-life assessment of adults with primary malignant brain tumors // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 2003. — V.55, N4. — P.992–999.
18. Karnofsky D.A., Abelmaann W.H., Craver L.F. The use of the nitrogen mutards in the palliative treatment of carcinoma // Cancer. — 1948. — V.1. — P.634–656.
19. Kelleher M.O., Fernandes M.F., Sim D.W., O'Sullivan M.G. Health-related quality of life in patients with skull base tumours // Br. J. Neurosurg. — 2002. — V.16, N1. — P.16–20.
20. Meyers C.A. Quality of life of brain tumor patients // Neuro-Oncology: The Essentials. / Eds. M. Bernstein, M.S. Berger. — N.Y., Thieme, 2000. — P.466–472.
21. Muacevic A., Kreth F.W. Quality-adjusted survival after tumor resection and/or radiation therapy for elderly patients with glioblastoma multiforme // J.Neurooncol. — 2003. — V.250, N5. — P.561–568.
22. Osoba D., Brada M., Prados M.D., Yung W.K. Effect of disease burden on health-related quality of life in patients with malignant gliomas // J.Neurooncol. — 2000. — V.2, N4. — P.221 — 228.
23. Rosenberg J. How well we doing in caring for the patient with primary malignant brain tumor ? // Neurosurg. Focus. — 1998. — V.4, N6. — P.5.
24. Rogers M.P., Orav J., Black P.M. The use of a simple Likert scale to measure quality of life in brain tumor patients // J. Neurooncol. — 2001. — V.55, N2. — P.121–131.
25. Recht L., Glantz M., Chamberlain M., Hsieh C.C. Quantitative measurement of quality outcome in malignant glioma patients using an independent living score (ILS). Assessment of a retrospective cohort // J. Neurooncol. — 2003. — V.61, N2. — P.127–136.
26. Susan M.C., Ian F.P. Perioperative complications and neurological outcomes of first and second craniotomies among patients enrolled in the Glioma Outcome Project // J. Neurosurg. — 2003. — V.98. — P.1175–1181.
27. Weitzner M.A., Meyers C A., Byrne K. et al. Psychosocial functioning and quality of life in patients with primary brain tumors // J. Neurosurgery. — 1996. — V.84. — P.29–34.
28. World Health Organization: International Classification of Impairments? Disabilities? And Handicaps. — Geneva: World Health Organization, 1980. — 299 p.
29. The WHOQOL Group. The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organisation // Soc. Sci. Med. — 1995. — V.41. — P.1403–1409.
30. The WHOQOL Group. What Quality of life // World Health Forum. — 1996. — V.17, N4. — P.354–356.

Показники якості життя в оцінці ефективності лікування хворих з гліальними пухлинами півкуль великого мозку

Розуменко В.Д., Хорошун А.П.

Вивчені показники якості життя (ЯЖ) у 532 хворих з гліомою головного мозку у процесі комплексного лікування. Встановлено, що ЯЖ залежить від локалізації, гістобіологічних властивостей пухлини, вираженості доопераційного неврологічного дефіциту, віку і статі. Після проведення реабілітаційних заходів кількість хворих, у яких індекс Карнофського перевищував 70 балів, збільшилась на 37,2%, з середнім і високим рівнем ЯЖ за шкалою соціально-психологічної адаптації зросла — 39%.

Parameters of life quality in the treatment efficiency estimation of patients with glial brain tumors

Rozumenko V.D., Khoroshun A.P.

In the process of patients with gliomas complex treatment their quality of life was researched. It was found that before treatment the life quality was estimated as low and medium, it depended on localization, gystobiology, preoperative neurological deficit severity, age and gender. After postoperative treatment patients quantity with Karnofsky scale index 70 scores and more grew up to 37,2%, with medium and high levels of life quality by the social-psychology adaptation scale increased to 39%.

Комментарий

к статье Розуменко В.Д., Хорошун А.П. «Показатели качества жизни в оценке эффективности лечения больных с гліальными опухолями полушарий большого мозга»

Работа посвящена актуальному вопросу нейроонкологии — качеству жизни больных при лечении мозговых гліальных опухолей. Применение современного диагностического комплекса, позволяющего уточнить локализацию, размеры опухоли, взаимоотношения с функционально важными структурами мозга, и последующее использование при проведении оперативного вмешательства современных микрохирургических, лазерных, ультразвуковых технологий обеспечивают возможность максимального удаления ткани опухоли и снижения травматичности операции. Это позволяет создать резерв времени для последующего проведения лучевой терапии и химиотерапии и, в конечном итоге, достичь увеличения продолжительности ремиссии. Вместе с тем, важное значение приобретает как результат проводимых лечебных мероприятий не только продление жизни больного с онкопатологией, но и обеспечение высокого качества его жизни. В связи с этим актуальной проблемой лечения больных с гліомами головного мозга является проведение рациональной дифференцированной восстановительной терапии в раннем послеоперационном периоде с использованием комплекса лекарственных средств, физиотерапевтических методов (электростимуляция, лазеротерапия), массажа, лечебной физкультуры, занятий с логопедом. Авторы проанализировали результаты лечения больных с гліомами полушарий большого мозга и предложили комплекс восстановительных мероприятий с учетом степени злокачественности опухоли, ее локализации и тяжести поражения функционально важных структур мозга. Практический клинический интерес представляет оценка качества жизни по шкале социально-психологической адаптации, которая разработана авторами (Патент Украины 43758А, 2001). Также, важен сравнительный анализ результатов по шкале Карнофского и разработанной авторами шкале социально-психологической адаптации, что дает возможность объективизировать результаты лечения, его эффективность, позволяет прогнозировать возможность проведения лучевой и химиотерапии в зависимости от показателей качества жизни и сопоставить точку зрения врача с субъективным мнением больного.

*В.И. Цымбалюк, чл.-кор. АМН Украины, доктор мед. наук, проф.,
зав. клиникой восстановительной нейрохирургии
Института нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины*