

УДК 618.19–006.6–089.87:615.849.12

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ  
РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Т.А. Адылханов

*Государственный медицинский университет города Семей*

Прогресс в диагностике и терапии онкологических заболеваний, позволяющий сегодня большинство опухолей, выявленных на ранней стадии, потенциально рассматривать как излечимые, поставил задачу сохранения качества жизни (КЖ) онкологического больного [9].

По мнению современных исследователей, главной целью всей системы медицинской помощи в онкологии является восстановление и/или сохранение КЖ [10]. В рамках этого определения выживаемость, то есть сама жизнь – первая цель. Другие биологические исходы болезни и процесса лечения – ответ опухоли на лечение, длительность эффекта, токсичность и т.д. – вторичны. Понимание недостаточности оценки только биологических последствий воздействия злокачественного процесса на пациента выделило восстановление качества жизни как новую цель лечения [11].

Впервые этот термин в лексикон онкологии ввели в 1949 году D.A. Karnovsky и J.H. Burchenal [14]. В настоящее время КЖ становится одним из центральных понятий этой дисциплины и фокусом множества исследований. Согласно некоторым авторам, при оказании помощи онкологическим больным, прежде всего, следует руководствоваться не столько возможностью продления их жизни, сколько ее качеством [15]. По мнению же Н.Н. Блинова и соавт. (1989) [16], каждый человек стремится не только к качественной, но и к продолжительной жизни.

Оценка статуса больного человека по 10-балльной шкале Карновского (1949 г.), которая отражала КЖ онкологических больных в процессе химиотерапии, долгие годы была единственным методом оценки качества жизни. В дальнейшем были предложены другие методики в виде опросников и линейных аналоговых шкал, которые заполнялись самим больным или врачом, и отражали различные стороны человеческой жизни.

Понятие КЖ больного в настоящее время широко используется в медицине зарубежных стран [17]. В Европе под КЖ понимают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека [18]. Американские авторы определяют КЖ как физическое, эмоциональное, социальное, финансовое и духовное благополучие человека [19].

Российские исследователи [20], дают следующее определение: КЖ – совокупность объективных и субъективных характеристик, отражающих ощущение жизненного комфорта, физического и сексуального благополучия, психологические особенности личности в виде степени фрустрированности, бытовой и трудовой активности.

По В.А. Горбуновой, В.В. Бредер (2000), КЖ – это совокупность параметров, отражающих измерение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период развития заболевания и его лечения [10, с.125].

КЖ – это динамическое состояние, функция, изменяющаяся во времени, поэтому и оцениваться оно должно на определенном протяжении как меняющийся параметр, зависящий от вида и течения заболевания,

процесса лечения и системы оказания медицинской помощи.

Оценка КЖ представляет собой простой и надежный метод изучения состояния здоровья человека, основанный на субъективном восприятии и дающий интегрально-цифровую характеристику его физического, психологического и социального функционирования.

Методы оценки КЖ широко применяют для оценки состояния здоровья больных в кардиологии, онкологии, гематологии, ревматологии, нефрологии, гастроэнтерологии, хирургии, пульмонологии, эндокринологии, неврологии, а также при трансплантации органов и тканей. В онкологии оценка КЖ больных играет особенно важную роль. Примерно половина всех исследований КЖ после 1980 года связана с лечением онкологических больных. Эти исследования проводились в 30 странах, главным образом в Северной Америке и Европе, а также в Азии и Австралии. Ряд работ выполнен в России [21–27]. В последние годы в Республике Казахстан также проводятся исследования, посвященные КЖ онкологических больных, и опубликованы работы, в которых имеются сведения о КЖ больного [28, 29].

В клинической онкологии оценка КЖ, обусловленная здоровьем, исследуется в нескольких направлениях:

- контроль симптомов, обусловленных как заболеванием, так и лечением;
- при лечении злокачественных заболеваний с плохим прогнозом;
- при изучении режимов с одинаковой выживаемостью;
- при изучении влияния поддерживающего лечения;
- для оценки прогноза выживаемости.

Несмотря на короткую историю исследований КЖ в онкологии, уже получена важная информация. Результаты некоторых клинических исследований не совпадают с общепринятым мнением. Например, в рандомизированном исследовании у пациенток с диссеминированным раком молочной железы параметры КЖ были выше при проведении непрерывной химиотерапии, чем при использовании прерывистого лечения [30].

Наряду с традиционными клиническими критериями (выживаемость, непосредственная эффективность лечения – «опухолевый ответ», безрецидивная выживаемость) КЖ является одним из надежных критериев оценки результатов лечения. На конференции Национального Института Рака США (NCI) и Американского Общества Клинической Онкологии (ASCO) в 1990 году был сделан вывод, что КЖ является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и является более важным, чем первичный опухолевый ответ. В многоцентровых рандомизированных исследованиях КЖ может быть дополнительным или основным критерием оценки эффективности терапии в зависимости от целей, задач и результатов протокола. КЖ оказывается основным критерием в том случае, если не выявлены достоверные различия в выживаемости между группами больных, включенных в протокол исследования. В этом случае именно на основании данных КЖ может быть сде-

лан выбор правильной программы лечения заболевания.

Несколько исследований выявили ценность КЖ как фактора прогноза выживаемости. Например, в исследовании А. Coates и соавт. (1997) [31], проводившемся в группе женщин, получавших химиотерапию по поводу РМЖ, показано, что индекс качества жизни и шкала физического благополучия являются более точным индикатором прогноза, чем такой известный параметр, как показатель объективного состояния больного. Пациенты с лучшими параметрами качества жизни жили дольше. Аналогичные результаты, свидетельствующие о важности параметра КЖ как фактора прогноза выживаемости, были получены в ряде рандомизированных клинических исследований [32]. Параметр КЖ при распространенном немелкоклеточном раке легкого [33, 34] имел большую прогностическую значимость для продолжительности жизни, чем общепринятые клинические данные о распространенности заболевания и эффективности первичного лечения.

Таким образом, КЖ имеет прогностическое значение для оценки эффективности противоопухолевой терапии, толерантности больного к лечению и выживаемости, что показано в многочисленных многоцентровых рандомизированных исследованиях [31, р.1838, 33, р.174, 34, р.241, 35, 36]. Установлено, что онкологические больные, у которых КЖ изначально было выше, имеют лучшие результаты лечения. Некоторые исследователи указывают, что показатели КЖ онкологического больного до лечения коррелируют с отдельными побочными эффектами комбинированной терапии и возможностями их коррекции [37].

Изучение КЖ больного до начала лечения и в процессе терапии позволяет получить ценную многомерную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимую терапию. При планировании программы лечения онкологических больных анализ КЖ важен не только из-за необходимости учета индивидуальных черт больного, но и в связи с данными о высокой корреляции уровня КЖ с показателями выживаемости при ряде злокачественных опухолей. Целью изучения КЖ является не измерение или описание каких-то параметров, а составление программы, направленной на повышение качества жизни той или иной категории населения.

Включение оценки КЖ в онкологические исследования является важным элементом, позволяющим улучшать качество исследования [38]. Данный метод прост, надежен и высокоинформативен. Однако полученные данные по КЖ могут быть использованы только в том случае, если соблюдены следующие условия: правильная постановка задачи исследования; выбор адекватного опросника; корректный выбор точек обследования. Основные трудности метода заключаются в сборе данных, их анализе и интерпретации.

Одним из противоречий в лечении онкологического больного является необходимость, с одной стороны, проводить стандартную, строго регламентированную терапию по поводу определенной злокачественной опухоли, с другой, индивидуализировать лечение (известный принцип медицины «Лечить не болезнь, а больного») [37, р.116].

Таким образом, на основании данных литературы можно сделать вывод, что оценка КЖ является надежным, информативным и экономичным методом оценки здоровья больного как на групповом, так и на индивиду-

альном уровне. В онкологических исследованиях оценка КЖ является важным критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение. Оценка КЖ может помочь врачу индивидуализировать симптоматическую терапию и получить важную для прогноза заболевания информацию. Данные КЖ могут стать основой, на которой разрабатываются реабилитационные программы для онкологических больных. Оценка КЖ в клинических исследованиях улучшает качество самого исследования. С помощью КЖ может быть реализован основной принцип медицины – «лечить больного, а не болезнь».

#### Литература:

1. Герасименко В.Н. Принципы реабилитации онкологических больных: дис. ... док. мед. наук. – М., 1978. – С. 89-97.
2. Горбунова В.А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных // Матер. 4 Рос. онк. конф. – М., 2000. – С.125-127
3. Osoba D. Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology // *Supp. Care Cancer.* – 1997. – Vol.5. – P.100-104.
4. Karnovsky D.A., Burchenal J.H. Evaluation of Chemotherapeutic Agents / Ed. C. M. MacLeod. – New York, 1949. – P.191-205.
5. Fitzharris B.M. Breast cancer - progress but slow // *Aust. N. Z. J. Med.* – 1984. – Vol.14, Suppl. 4. – P. 950-961.]
6. Блинов Н.Н., Демин Е.В., Чулкова В.А. О качестве жизни онкологических больных после радикального лечения // *Вопр. онкол.* – 1989. – Т. 35, № 6. – С. 643-648
7. Spilker B. Quality of Life Pharmacoeconomics in Clinical Trials. – 2<sup>nd</sup> edition. – Lippincott-Raven, 1996
8. Асеев А.В. Качество жизни женщин, больных раком молочной железы и меланомой кожи: дисс. ... док. мед. наук. – СПб., 1998. – 298 с.
9. Блинов Н.Н. Некоторые гуманистические аспекты онкологии (докл.) // *Вопросы онкологии.* – 1996. – № 3. – С.108.
10. Блинов Н.Н., Комяков И.П., Лазо В.В. и др. Пути повышения качества жизни онкологических больных: пособие для врачей онкологов и научных работников. – СПб, 1996. – 18с.
11. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психонкологии в лечении онкологических больных // *Вопросы онкологии.* – 1996. – № 5. – С.70-73.
12. Блинов Н.Н., Комяков И.П., Чулкова В.А. и др. Комплексное лечение - путь к улучшению качества жизни онкологических больных // *Вопросы онкологии.* – 1997. – № 1. – С.67-71.
13. Евтюхин А.И., Шульга Н.И., Дунаевский И.В. Гипербарическая оксигенация - метод, улучшающий качество жизни онкологических больных в процессе хирургического и комбинированного лечения // *Вопросы онкологии.* – 1996. – № 5. – С.90-92.
14. Семиглазов В.Ф. Разработка новых подходов к лечению рака молочной железы // *Вопросы онкологии.* – 1997. – №1. – С. 22-26.
15. Адылханов Т.А. Диагностика и дифференцированное хирургическое лечение рака молочной железы: автореф. ... док. мед. наук: 14.00.14. – Астана, 2008. – 40 с.
16. Масадьков А.С. Качество жизни больных, перенесших операции по поводу рака щитовидной железы, и тиреоидный статус // *Достижения современной онколо-*

гии: материалы Российской научно-практической конференции с международным участием. – Барнаул, 2010. – С.206-207.

17.Coates A., GebSKI V., Bishop J.F., et al. Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. A comparison of intermittent and continuous treatment strategies // *New Engl. J. Med.* – 1987. – Vol. 317(24). – P. 1490-1495.

18.Coates A., GebSKI V., Signorini D. et al. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer // *J. Clin. Oncol.* –1992. – Vol. 10. – P. 1833-1838.

19.Curbow B., Bowie J.V., Martin A.C., et al. Quality of life in cancer chemotherapy randomized trials // *Quality of Life Res.* – 1997. – Vol. 6. – P. 684.

20.Earlam S., Glover C., Fordy C., et al. Relation between tumor sizes, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases // *J. Clin. Oncol.* – 1996. – № 4. – P. 171-175.

21.Kaasa S., Mastekaasa A., Lund E. Prognostic factors for patients with inoperable non-small cell lung cancer,

limited disease // *Radiother. Oncol.* – 1989. – Vol.15. – P.235-242

22.Loprinzi C.L., Laurie A.J., Wieand B. et al. Prospective evaluation of prognostic variables from patients-completed questionnaires // *J. Clin. Oncol.* – 1994. – Vol. 12. – P.601-607.

23.Sedman A.D., Porteney R., Yao T.J. et al. Quality of life in Phase II Trials: a study of methodology and predictive value in patients with advanced breast cancer treated with Paclitaxel plus granulocyte colony stimulating factor // *J. Nat. Cancer Inst.* –1995. – Vol. 87. – P. 1316-1322.

24.Osoba D., Zee B., Pater J. et al. Determinants of post-chemotherapy nausea and vomiting in patients with cancer // *J. Clin. Oncol.* –1997. – Vol. 15. – P. 116-123.

25.Osoba D. The Quality of Life Committee of the Clinical Trials Group of the National Cancer Institute of Canada: organization and functions // *Ibid.* –1992. – Vol. 1. – P. 211 - 218.

26.Slevin M.L., Plant H., Lynch D. et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? // *Brit. J. Cancer.* –1988. – Vol. 57. – P. 109 -112.

УДК 614.2-616.441-08-039.76.

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМ ТИРЕОИДОЛОГИИ

(Обзор литературы)

Д.К. Алдынгуров, Т.А. Булегенов, Г.Г. Васьковский, А.А. Кусаинов  
Государственный медицинский университет города Семей

Щитовидная железа играет огромную роль в нормальной жизнедеятельности всех систем организма, начиная с самого раннего детского возраста и на протяжении всей жизни человека. По данным Всемирной организации здравоохранения, на Земном шаре зарегистрированы более 300 миллионов больных зобом и гипотиреозом.

По материалам тиреологов различных стран мира недостаток йода в окружающей среде грозит развитием заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) у трети населения Земли.

На протяжении долгих десятилетий основным проявлением йододефицита считался эндемический зоб. Действительно эндемический зоб является самым распространенным заболеванием щитовидной железы в зонах пониженного потребления йода (т. е. при потреблении йода менее 50-60 мкг в сутки). В регионах с сильным дефицитом йода (потребление йода менее 20 мкг в сутки) по данным различных авторов 25-30 % населения имеют ту или иную патологию ЩЖ. Более того, заболевания ЩЖ непосредственным образом влияют на развитие патологии других различных органов и систем, интеллектуальные способности снижаются у 30-70% населения.

По данным международной конференции «круглый стол по проблеме профилактики ЙДЗ» (г. Москва, 29 апреля 2008 г.), ведущие ученые различных континентов мира привели примеры результатов борьбы с дефицитом йода. Наиболее эффективным путем решения проблемы дефицита йода является распространение йодированной соли населению. Ученым разных стран удалось добиться принятия программы йодирования соли на государственном законодательном уровне, что по дальнейшим наблюдениям исследователей под-

тверждает значительное сокращение дефицита йода, а в некоторых странах полное решение проблемы недостаточного потребления йода населением.

В зонах эндемических по зобу наиболее распространенным являются узловые формы, которые достигают 50-70% от всей патологии. По данным С. Wang (1997) до 50% людей из общей популяции, имеют узловые образования в щитовидной железе различного размера, которые, как правило, определяются специальными методами обследования. За последние десятилетия рост больных с патологией ЩЖ связан не только с высокой заболеваемостью, но и с бурным прогрессом и внедрением новейших методов обследования, высоких технологий в диагностическую программу.

Рост узловых форм поражения щитовидной железы, в большинстве регионов Казахстана, в первую очередь обусловлен сочетанием эндемии и возрастающего влияния антропогенных факторов: повышение уровня промышленного производства, урбанизация, загрязнение окружающей среды техногенными токсическими веществами.

В частности население Семейского региона подвергалось таким факторам риска развития патологии ЩЖ как йододефицит и хроническая радиация.

По данным В.В.Фадеева частота выявления узловых образований у населения достигает 10-40%. Валдина Е.А. приводит данные о том, что при ультразвуковом обследовании узлы в щитовидной железе выявляются у 20-44% женщин и у 17-19% мужчин.

Среди новообразований ЩЖ значительный процент составляют образования неопухоловой природы (узлы). Многие из этих образований имеют кистозные изменения. Самостоятельная киста или частично кистозные узлы составляют 6% -25%, от солитарных узлов ЩЖ.