

УДК 618.19–006.6–089.87:615.849.12

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОНКОЛОГИИ****Т.А. Адылханов****Государственный медицинский университет города Семей**

*Существуют различные методики определения качества жизни поэтому оценка должна проводиться комплексно с учётом всех его компонентов, включая социально-психологический аспект и индивидуальные особенности личности пациентки и включать в себя применение опросника «SF-36» (русская версия), обладающего высокой валидностью и надёжностью при любых соматических заболеваниях в сочетании с психодиагностическими методиками, позволяющими определить индивидуальные психологические особенности и реакцию пациента на сложившуюся ситуацию.*

**MODERN WAYS TO ASSESS OF QUALITY OF LIFE IN ONCOLOGY****T.A. Adylkhanov****State Medical University of Semey**

*There are different technique of definition the quality of life assessment should be therefore be comprehensive, taking into account of all its components, including socio-psychological aspect and the individual characteristics of the individual patient and include the use of a questionnaire «SF-36» (Russian version), which has high validity and reliability under all somatic diseases in combination with of psychodiagnostic technique allowing to identify individual psychological characteristics and the patient's response to the situation.*

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Качество жизни (КЖ) – это восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума. КЖ включает в себя объективные и субъективные характеристики человека, отражающие степень жизненного комфорта, психологические особенности личности больного, уровень бытовой и трудовой активности, физическое и сексуальное благополучие [12]. ВОЗ определяет КЖ как восприятие человеком своей позиции в жизни, в том числе физического, психологического и социального благополучия, независимости [13]. Это показатель удовлетворенности пациента различными сферами жизни и ее «комфортности». Такой подход охватывает не только динамику заболевания, но и психологическое взаимодействие с микро- и макросоциумом, собственное отношение к себе, окружающим, возможности реализации, полноценное социальное функционирование, что является особенно важным в онкологии.

При оценке КЖ важно, кто будет проводить такую оценку, сам больной или врач. В ряде исследований было убедительно продемонстрировано расхождение в оценке КЖ, данной самим больным и сделанной лечащим врачом [35, р.607, 39]. При этом оказалось, что именно оценка больного в большей степени коррелирует с выживаемостью [31, р.1837]. По мнению современных исследователей, больной человек является лучшим судьей своей жизни, поэтому необходимо предоставить самому пациенту возможность оценить качество своей жизни [10, с.126]. Субъективизм при этом может быть нивелирован с помощью физических и психологических тестов.

Многофункциональная оценка КЖ включает разные сферы деятельности человека: функциональную, физиологическую, психологическую, социальную, духовную, сексуальную.

Современные инструменты оценки КЖ разработаны с применением психометрии – науки, переводящей поведение людей, их чувства и личностные оценки в доступные количественному анализу показатели. Каждому инструменту должны быть присущи такие психометрические свойства, как надежность, объективность, воспроизводимость и чувствительность [10, с.125].

Объективность инструмента подразумевает возможность с его помощью измерить то, что предполагалось измерить. Внутри этого свойства выделяют содержательную объективность, то есть степень, с которой измеряемый признак представляет исследуемое явление, и конструктивную объективность, то есть корреляцию данного теста с другими, измеряющими родственные характеристики.

Надежность инструмента – степень свободы от случайных ошибок.

Чувствительность – способность отражать происходящие во времени изменения, часто минимальные, но клинически значимые.

В качестве методов определения используют личный опрос, письменный опрос или же опрос по телефону, основанные на полном доверии пациента. Процесс работы со столь тонкой материей, как ощущение пациентом собственного качества жизни весьма сложен и трудоемок и требует профессионального подхода [10, с.127].

Существует множество анкет для оценки КЖ, которые создаются соответственно задачам и условиям каждого нового исследования.

Наиболее известными из применяемых в странах СНГ являются нижеследующие методики измерения КЖ [20, с.132-134].

*Шкала Карновского* представляет собой 10-балльную шкалу, которую заполняет врач. Эта шкала проста в обращении, требует мало времени для заполнения, но её валидность в случае определения КЖ низка, так как исходное предназначение этой шкалы состояло в оценке влияния химиотерапии на жизнь пациента. В последующем это направление было расширено. Е. Сапрога (1992) для аналогичных целей использовал 37-пунктовый опросник [40]. Приоритетные направления данного опросника: боль, тревога, депрессия, тошнота, способность к самообслуживанию, сексуальные взаимоотношения, повседневная активность.

*Линейная аналоговая шкала* представляет собой самостоятельно заполняемый опросник из 25 пунктов. По каждому из пунктов больному предлагается определить свое местонахождение на аналоговой шкале между двумя полярными суждениями. Недостатками этого метода являются длительность заполнения, не-

способность для ряда больных вообще заполнить опросник в связи со снижением ментальных возможностей, особенно в пожилом возрасте, высокая степень субъективизма.

*Индекс качества жизни* похож на методику аналоговых шкал, но здесь по каждому из пунктов обследуемому предложено 4 варианта ответа и надо выбрать только один вариант, более соответствующий ощущениям человека. Этот опросник более прост для заполнения, требует меньше времени, прост в интерпретации.

*Опросник на проблемные ситуации* содержит 141 пункт при 5-балльной системе оценки. Опросник требует много времени для заполнения и оценивает лишь одну сторону качества жизни.

*Шкала тревоги и депрессии* характеризует важнейшие аспекты КЖ, но односторонне, поэтому не может применяться изолированно.

Каждый из описанных методов по-своему информативен, но все они оценивают объективную сохран-

ность физических функций и нарушений самочувствия, характеризуют лишь одну из составляющих КЖ. В связи с необходимостью комбинации разных методов в России была создана оригинальная методика оценки КЖ с использованием линейных аналоговых шкал (40 пунктов) в сочетании с тестом тревоги Спилбергер-Ханина и шкалой депрессии Зунга. Однако и эта методика, несмотря на свою универсальность, не лишена недостатков. Она не предполагает унифицированную количественную оценку КЖ [20, с.134].

В мировой практике общепринятыми являются опросники, заполняемые больными. В США и Европе созданы специальные центры, занимающиеся разработкой опросников КЖ. Имеются общие опросники, которые могут быть использованы для оценки КЖ при различных заболеваниях, и специальные опросники для определенной группы болезней или одного заболевания. В настоящее время используется более 400 общих и специальных опросников. Наиболее распространенные общие опросники представлены в таблице 1.

**Таблица 1 – Наиболее распространённые общие опросники качества жизни.**

Название	Автор
UROQOL	EUROQOL Group
MOS-SF20	John Ware. USA
MOS-SF22	John Ware. USA
MOS-SF36	John Ware. USA

В онкологии наиболее распространенными являются два опросника: американский опросник FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General – функциональная оценка противоопухолевой терапии) и европейский – EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organisation for Research and Treatment Cancer – опросник Европейской организации исследований в лечении рака, содержащий 30 вопросов). EORTC QLQ-C30 используется в многоцентровых рандомизированных исследованиях в Европе, Канаде и ряде протоколов в США. Этот опросник разработан Группой Оценки КЖ при Европейской Организации Лечения и Исследования Рака (EORTC Study Group on Quality of Life) во главе с N.K. Aaronson [41]. Теоретическая концепция, которая положена в основу опросника, состоит в том, что КЖ является многомерной интегрированной характеристикой жизни человека. У человека, заболевшего таким тяжелым заболеванием, как рак, некоторые параметры КЖ приобретают определяющее значение, их можно идентифицировать и измерить. На основании субъективной оценки КЖ, проведенной самим больным, можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния здоровья больного. Методологическая основа, на которой базируется опросник, включает следующие положения: 1) специфичность к раку; 2) многомерность в структуре (то есть наличие нескольких шкал, характеризующих КЖ); 3) возможность заполнения опросника самим больным; 4) применимость в различных культурах.

EORTC QLQ-C36 является первым опросником, отвечающим данным критериям. Он разработан в 1987 году и относится к опросникам первого поколения. Данный опросник содержит 36 вопросов и оценивает состояние здоровья больного по физическому, психологическому и социальному функционированию, общему КЖ и симптомам, связанным с болезнью и лечением. В результате его усовершенствования и дополнения разработан опросник второго поколения – EORTC QLQ-C30. Этот опросник апробирован во мно-

гих международных клинических исследованиях [42-44]. Он отвечает критериям, разработанным для опросников, применяемых в онкологии – надежности, обоснованности и реализуемости. Опросник высокочувствителен и применим для оценки КЖ у больных независимо от типа онкологического заболевания. Современная версия-2 EORTC QLQ-C30 включает 30 вопросов и состоит из 5 функциональных шкал (физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие); 3 шкал симптоматики (слабость, тошнота/рвота и боль), шкалы общего КЖ и одиночных пунктов.

Концепция и методология, положенная в основу опросника FACT-G, находится в основе EORTC QLQ-C30. D.F. Cella возглавляет американскую Группу КЖ (Center on Outcomes, Research and Education. Evanston Northwestern Healthcare), занимающуюся разработкой, усовершенствованием и адаптацией опросников системы FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) к различным культурам, и является главным соавтором FACT-G [45-47; 19]. Современная версия-4 FACT-G содержит 27 вопросов и оценивает КЖ по 4 шкалам – физического, социального (включая семейное), эмоционального и функционального благополучия. Оба опросника являются модульными, то есть в основу каждого положен модульный подход, согласно которому имеется базовый опросник (FACT-G или EORTC QLQ-C30) [48]. К базовому опроснику может быть добавлен модуль – несколько дополнительных вопросов, специфичных к тому или иному типу рака или программе лечения. Опросник заполняется больным в точках обследования – до начала лечения, во время лечения и после лечения.

В настоящий момент не существует специфического стандартизированного опросника, адаптированного для стран СНГ [49]. В качестве «золотого стандарта» в Республике Казахстан используется опросник «SF-36» (русская версия), который применяется более 10 лет ведущими университетами мира. Опросник включает 8

шкал: определение физической активности (ФА), роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ), физической боли (ФБ), жизнеспособности (ЖС), социальной активности (СА), роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭП) и психического здоровья (ПЗ). Данный опросник предполагает дифференцированный подход к оценке составляющих качества жизни в зависимости от пола и возраста [50, с.137]. «Экспериментальная» версия опросника была создана в 1988 году, а в 1990 году была создана «стандартная» форма опросника. «Стандартная» форма содержит более четвертой части от всех слов, содержащихся в MOS версии опросника SF-36, и является усовершенствованной по формату и процедуре шкалирования.

Русскоязычная версия опросника SF-36 была создана российскими исследователями Межнационального Центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) в 1998 году, и использована для изучения КЖ 2114 жителей Санкт-Петербурга [50, с.138]. Результаты исследования показали высокую согласованность с характеристиками качества данных исследований, проведенных в других странах.

Таким образом, на основании анализа литературных данных, можно сделать вывод, что существуют различные методики определения КЖ поэтому ее оценка должна проводиться комплексно с учётом всех его компонентов, включая социально-психологический аспект и индивидуальные особенности личности пациентки и включать в себя применение опросника «SF-36» (русская версия), обладающего высокой валидностью и надёжностью при любых соматических заболеваниях в сочетании с психодиагностическими методиками, позволяющими определить индивидуальные психологические особенности и реакцию пациента на сложившуюся ситуацию.

#### Литература:

1. Васютков В.Я., Асеев А.В., Бала Л.Н. Качество жизни больных раком молочной железы до и после мастэктомии // Рос. онкол. журн. – 1997. – №1. – С.30-33.
2. Польшаяная М.Ю. Оценка качества жизни психически больных // Архив психіатрі. – 2002. – № 2. – С.5-9.
3. 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.
4. 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.

5. Vandeputte M, de Weerd A. Sleep disorders and depressive feelings: a global survey with the Beck depression scale // Sleep Med. – 2003. – Vol. 4(4). – P. 343-345

6. Nixon, R.D. V., & Bryant, R.A. Peritraumatic and persistent panic attacks in acute stress disorder // Behaviour Research and Therapy. – 2003. – Vol. 41. – P. 1237-1242

7. Асеев А.В. Качество жизни женщин, больных раком молочной железы и меланомой кожи: дисс. ...док.мед.наук. – СПб., 1998. – 298 с.

8. Campora E., Naso C, Vitullo M.T., et al: The impact of chemotherapy on the quality of life of breast cancer patients // J Chemother. – 1992. – Vol. 4. – P. 59-63

9. Cella D.F. Quality of life outcomes: measurement and validation // Oncology. – 1996. – Vol.11. – P.233-246

10. Aaronson N.K., Cull A., Kaasa S., Sprangers M. The European Organisation (or Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology // Int. J. Ment. Health. – 1994. – Vol. 23. – P. 75-96

11. Aaronson N.K., Meyerowitz B.E., Bard M. et al. Quality of life research in oncology // Cancer (Philad.). – 1991. – Vol.67. – P. 839-843.

12. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology // J. Nat. Cancer Inst. – 1993. – Vol.85. – P.365-375.

13. Sprangers M.A.G., Cull A., Bjordal K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assessment guidelines for developing questionnaire modules // Quality Life Res. – 1993. – Vol. 2. – P. 287-295.

14. Cella D.F. Manual: Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scales. – N.Y., 1992.

15. Cella D.F. Quality of Life: The concept // J. Palliative Care. – 1992. – Vol. 8. – P.8.

16. Aaronson N.K., Bullinger M., Ahmedzia S.A. A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials // Recent Results Cancer Res. – 1988. – Vol.11. – P. 231-241.

17. Антонычев С.Ю., Мохорт Т.В. Исследование качества жизни больных сахарным диабетом 1-го типа // Медицинская панорама. – 2003. – № 3. – С.34-37.

18. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб. – М.: Изд. Дом «Нева»; «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.