

Получена: 25 сентября 2018 / Принята: 17 октября 2018 / Опубликовано online: 31 октября 2018

UDK 618.146-006-615.849

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ТРАДИЦИОННОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Алмагуль С. Жабагина ¹, <https://orcid.org/0000-0001-8956-6286>

Тасболат А. Адылханов ¹, <https://orcid.org/0000-0002-9092-5060>

Куанткан Т. Жабагин ¹, <https://orcid.org/0000-0002-4304-5132>

Ольга Б. Андреева ¹, <https://orcid.org/0000-0002-2802-9441>

Касым З. Канапиянов ², <https://orcid.org/0000-0002-1814-6628>

Гулназ К. Кумарова ¹

¹ Кафедра клинической и радиационной онкологии,
Государственный медицинский университет города Семей;

² Центр ядерной медицины и онкологии города Семей;
г. Семей, Республика Казахстан

Резюме

Актуальность: Традиционное химиолучевое лечение является стандартом при лечении рака шейки матки 2-3 стадий. При оценке результатов лечения пациенток необходима комплексная оценка всех критериев, в том числе и показателей качества жизни. Качество жизни стоит на втором месте после выживаемости.

Целью настоящего исследования является проведение сравнительной оценки показателей качества жизни при традиционном и профилактическом режимах лучевой терапии рака шейки матки.

Методы: Дизайн исследования – нерандомизированное клиническое исследование. За период с 2017 по 2018 гг. нами были проанкетированы 30 пациенток с раком шейки матки. Для сравнения показателей качества жизни был использован U-критерий Манна-Уитни между группами, получавшими лечение по стандартной схеме и профилактическом облучении парааортальных лимфоузлов в сочетании со традиционной химиолучевой терапией. При значении p менее 0,05 разница считается статистически значимой. Весь анализ был проведен с помощью программного обеспечения SPSS ver.20.

Результаты: При рассмотрении различий в группах с ТЛТ и ПЛТ у больных РШМ нами установлена статистически значимая разница при сравнении применения различных режимов ЛТ, в шкалах - физическое функционирование, эмоциональное функционирование, боль, снижение аппетита, симптомы, сексуальное беспокойство. Эмоциональное состояние респонденток, получивших лечение составило 82.0 (13.1) в группе с ТЛТ, и 89.3 (23.5)- с ПЛТ ($p=0.04$). Сравнительная оценка показателей функциональных шкал выявила, что у исследуемых пациенток отмечались низкие уровни ролевого (88.2 балла), физического (63.2 балла) функционирования.

Вывод: Предварительные результаты сравнительной оценки двух режимов показали, что профилактическое облучение парааортальных лимфоузлов не ухудшает качество жизни у пациенток с раком шейки матки.

Ключевые слова: *рак шейки матки, качество жизни, профилактическая лучевая терапия*

Summary

COMPARATIVE EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN TRADITIONAL AND PREVENTIVE RADIOTHERAPY FOR CANCER OF THE CERVIX. PRELIMINARY CLINICAL RESULTS.

Almagul S. Zhabagina ¹, <https://orcid.org/0000-0001-8956-6286>

Tasbolat A. Adylkhanov ¹, <https://orcid.org/0000-0002-9092-5060>

Kuantkan T. Zhabagin ¹, <https://orcid.org/0000-0002-4304-5132>

Olga B. Andreyeva ¹, <https://orcid.org/0000-0002-2802-9441>

Kasym Z. Kanapiyanov ², <https://orcid.org/0000-0002-1814-6628>

Gulnaz K. Kumarova ¹

¹ Department Clinical and Radiation Oncology, Semey State Medical University;

² Center of Nuclear Medicine and Oncology of Semey; Semey, Republic of Kazakhstan

Background: Cervical cancer is one of the most common diseases of the female reproductive system. The annual increase in morbidity and mortality rates from this type of malignant neoplasm makes the problem of cervical cancer topical both in the whole world and in the Republic of Kazakhstan. The low survival rate for cervical cancer requires a detailed study

of prevalence, epidemiology and mortality, which have different meanings both between countries and within the regions within the same country.

Goal: This study is a comparative assessment of quality of life in the traditional and prophylactic modes of radiation therapy for cervical cancer.

Methods: Study design is a non-randomized clinical trial. For the period from 2017 to 2018 y. we surveyed 30 patients with cervical cancer. To compare the indicators of quality of life, the Mann-Whitney U-criterion was used between the groups that received treatment according to the standard scheme (TLT) and the prophylactic irradiation of para-aortic lymph nodes in combination with traditional chemo-radiotherapy (PLT). With a p-value less than 0.05, the difference is considered statistically significant. The entire analysis was performed using SPSS ver.20 software.

Results: When considering differences in the groups with TLT and PLT in patients with cervical cancer, we found a statistically significant difference when comparing the use of different RT regimens, in the scales - physical functioning, emotional functioning, pain, loss of appetite, symptoms, sexual anxiety. The emotional state of the respondents who received treatment was 82.0 (13.1) in the TLT group, and 89.3 (23.5) - with PLT ($p = 0.04$). Comparative evaluation of functional scale indicators revealed that the studied patients had low levels of role-playing (88.2 points), physical (63.2 points) functioning.

Conclusions: Evaluation of the results of cosmetic effect depending on different regimens of RT does not demonstrate significant differences in the study groups. Epidemiological analysis demonstrates differences in the prevalence of cervical cancer, depending on the stage of the process, regional or urban identity, as well as different age groups of the population.

Key words: cervical cancer, quality of life, preventive radiotherapy.

Түйіндеме

ЖАТЫР МОЙНЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІ ҮШІН ДӘСТҮРЛІ ЖӘНЕ АЛДЫН-АЛА СӘУЛЕЛІК ТЕРАПИЯСЫНДА ӨМІР СҮРУ САПАСЫН САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ. НЕГІЗГІ КЛИНИКАЛЫҚ НӘТИЖЕЛЕР

Алмагуль С. Жабагина ¹, <https://orcid.org/0000-0001-8956-6286>

Тасболат А. Адылханов ¹, <https://orcid.org/0000-0002-9092-5060>

Куантқан Т. Жабагин ¹, <https://orcid.org/0000-0002-4304-5132>

Ольга Б. Андреева ¹, <https://orcid.org/0000-0002-2802-9441>

Касым З. Канапиянов ², <https://orcid.org/0000-0002-1814-6628>

Гулназ К. Кумарова ¹

¹ Клиникалық және радиациялық онкология кафедрасы, Семей қаласының Мемлекеттік Медицина университеті;

² Семей қаласының ядролық медицина және онкология орталығы; қ. Семей, Қазақстан Республикасы

Өзектілік: сәулелік терапия (СТ) жатыр мойнының обырын (ЖМО) емдеуде үлкен орын алады, қазіргі уақытта дистанциондық сәулелік терапия мен қуысшілік брахитерапияның үйлесуі, сөзсіз, ЖМО емдеуде жалпы расталған болып табылады. СТ тиімділігі брахитерапияның арқасында, бұл жоғарлы дозалы ионизирленген сәулеленуді тікелей ісікке және қоршаған сау мүшелер мен тіндерге аз мөлшерде әсер етеді.

Мақсат: жергілікті таралған жатыр мойнының обырын 3D визуализирленген брахитерапияны жедел гематологиялық және жалпы токсикалылығын бағалау.

Материалдар мен әдістер: ғылыми зерттеулерді 2018-2020 жылдарға арналған ғылымды қаржыландырудың гранты шеңберінде Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігі (ИРН АР05130960) негізінде Семей қаласының ядролық медицина және онкология орталығы базасында жүргізіледі. Объектінің зерттеуіне сәйкес, ІІВ және ІІІВ стадиондарының карциномой шейки матка бар 12 әйелден тұратын 3D-графикалық брахитерапияны қолдану арқылы кешенді химиосәулелік терапия өткізілді. Токсикалық көріністердің емі халықаралық өлшемдерге сәйкес Радиациялық терапия онкологиясының (RTOG) және Еуропаның Cancer (EORTC) зерттеу және емдеу ұйымының (EORTC) және Америка Құрама Штаттарының обыр институттарында (Common Terminology Criteria for Adverse Events v3.0-CTCAE V3.0) жүргізілді.

Нәтижелері: Анемияны, лейкопения және тромбоцитопенияны дамыту, 3 (25,0%), 4 (33,3%) және 2 (16,7%) әйелдер негізгі тобында бақыланды, 7 (29,2%), 8 (33,3%) және 4 (16,7%) жағдайлары бар. Гастроинтестинальдық көріністер 15,0% әйелдер тобында кездеседі. Ректит пен циститтің ІІ дәрежесінде зерттеу топтарында 2 (16,7%) және 1 (8,3%) жағдайларда байқалды, ал бақылау тобында - 10 (41,6%) және 7 (29,2%), бұл ретте 2 (8,4%) әйелдер ІІІ дәрежедегі ректитке ие болды, ал 1 (4,2%) науқаста циститтің ІІІ дәрежесі.

Қорытынды: өткір уыттылық көріністерін алдын-ала бағалау гематологиялық уыттылық және асқазан-ішек жанама әсерлерінің дамуы зерттелген топтарда бірдей болғанын көрсетті, бірақ брахитерапияның 3D әдісі қауіпті органдар тарапынан өткір уыттылық көріністерін бағалауда стандартты радиотерапия режиміне қарағанда артықшылықты көрсетті.

Негізгі сөздер: брахитерапия, сәулелік терапия, жатыр мойнының обыры, химиосәулелік терапия.

Библиографическая ссылка:

Жабагина А.С., Адылханов Т.А., Жабагин К.Т., Андреева О.Б., Канариянов К.З., Кумарова Г.К. Сравнительная оценка качества жизни при традиционной и профилактической лучевой терапии при раке шейки матки. Предварительные клинические результаты // Наука и Здравоохранение. 2018. 5 (Т.20). С. 80-87.

Zhabagina A.S., Adylkhanov T.A., Zhabagin K.T., Andreyeva O.B., Kanariyanov K.Z., Kumarova G.K. Comparative evaluation of the quality of life in traditional and preventive radiotherapy for cancer of the cervix. Preliminary clinical results. *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2018, (Vol.20) 5, pp. 80-87.

Жабагина А.С., Адылханов Т.А., Жабагин К.Т., Андреева О.Б., Канариянов К.З., Кумарова Г.К. Жатыр мойының қатерлі ісігі үшін дәстүрлі және алдын-ала сәулелік терапиясында өмір сүру сапасын салыстырмалы бағалау. Негізгі клиникалық нәтижелер // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2018. 5 (Т.20). Б. 80-87.

Введение. Понятие качество жизни (КЖ) появилось в 1977 году и в настоящее время является одним из ключевых понятий в медицине [6,17,18]. Оно определяется как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Основными принципами исследования КЖ являются многомерность, изменяемость во времени и участие больного в оценке своего состояния.

Многомерность подразумевает использование мультипараметрического анализа, то есть инструментов, позволяющих получить информацию о многих позитивных и негативных аспектах физического, эмоционального, социального, когнитивного функционирования, так же как и о различных симптомах, вызванных болезнью или проводимым лечением. В литературе имеется достаточно примеров использования одномерных инструментов для оценки КЖ пациентов. Понятие КЖ при этом фактически сводится к оценке общесоматического статуса либо психологического благополучия. В то же время, в ряде исследований показана недостаточная чувствительность традиционных одномерных инструментов Карновского и ECOG [15] и слабая корреляция между ними и специальными опросниками (EORTC QLQ-C30, FLIC, LASA), особенно по шкалам когнитивного, эмоционального и социального функционирования [5,12].

Изменяемость во времени позволяет осуществлять постоянный мониторинг состояния больного, прогнозировать изменения в его состоянии на основании полученных ранее результатов и корректировать лечение в случае необходимости.

Участие больного в оценке состояния является особенно важной составляющей КЖ, поскольку никто лучше самого больного не может оценить его состояние. В ряде проведенных исследований обнаружен крайне низкий коэффициент корреляции между оценкой, сделанной врачом и самооценкой больного. По шкале общего КЖ он составляет 0,37, а по шкале психологического благополучия 0,16 [3, 20,7]. Побочные эффекты противоопухолевого лечения могут быть весьма разнообразными, и реакции пациентов более индивидуальны, чем предполагают врачи. Наличие негативной симптоматики пациентами отмечается чаще, чем врачами, причём половина больных называет стрессогенными симптомы, вообще выпавшие из поля зрения онкологов. Умеренная корреляция между пациентами и врачами имеется лишь

по оценке рвоты и сухости во рту. По другим симптомам корреляции не обнаружено. Так, потеря волос значима для 80% пациентов и лишь для 27% врачей, а тошнота, соответственно для 79% и 38% [8].

Таким образом, исследование КЖ позволяет получать дополнительную информацию о многих аспектах состояния больного, как до начала, так и в процессе лечения.

На оценку больными своего КЖ влияет ряд факторов, относящихся, как к особенностям течения заболевания, так и к индивидуальным особенностям пациентов.

Литературные данные свидетельствуют о том, что КЖ зависит от стадии заболевания [21]. Различия наблюдаются по большинству шкал опросника EORTC QLQ-C30. Больные с III стадией имеют худшие показатели КЖ, чем больные I - II стадий [22,23]. При диагностировании рецидива наблюдаются существенные сдвиги в уровне КЖ, особенно по шкалам общего здоровья, эмоционального, социального и физического функционирования. КЖ в процессе лечения рецидива рак шейки матки (РШМ) определяется, преимущественно, исходным уровнем физической симптоматики. При успешном лечении многие показатели улучшаются, но, тем не менее, не достигают уровня, предшествующего рецидиву.

В литературе есть данные о том, что возраст может оказывать влияние на КЖ больных РШМ. С возрастом увеличивается число сопутствующих заболеваний, ухудшается функциональный статус, снижается социальная поддержка. Кроме того, становится менее заметным прирост выживаемости и увеличивается риск лечения. Всё это является факторами, влияющими на возможность проведения адекватного лечения, его эффективность и КЖ [9]. Возраст оказывает огромное влияние на восприятие больными своей болезни. Женщины старше 60 лет отмечают значительно меньший психологический дистресс в связи с известием о наличии у них злокачественного новообразования. У молодых женщин КЖ сильно страдает из-за возникших в процессе полихимиотерапии менопаузальных симптомов, как правило, ассоциированных с худшим качеством сна и слабостью [14].

Таким образом, основными факторами, которые принимаются в расчёт при изучении КЖ, являются стадия заболевания и возраст больной.

Основным методом лечения при РШМ 2-3 стадий остается традиционное химиолучевое лечение. Показатели КЖ снижаются от начала лучевой терапии (ЛТ) к её окончанию и затем постепенно

восстанавливаются через 6 месяцев. Однако самооценка социального функционирования и сексуальной активности продолжает снижаться и после окончания ЛТ. Также нарастает негативное мировосприятие и беспокойство по поводу возможного рецидива. По сравнению с химиотерапией ЛТ оказывает менее заметное воздействие на КЖ. В отдаленном периоде уровень физической активности, тревожности и депрессии одинаков после обоих видов лечения, однако пациенты, получавшие химиотерапию, оценивают своё КЖ выше. Таким образом, обзор литературы показал, что на сегодняшний день остается открытым вопрос выбора и научного обоснования суммарной и оптимальной разовой очаговой дозы ЛТ, необходимой для достижения адекватного контроля над опухолью и сокращения сроков лечения при РШМ. Кроме того, остается актуальным снижение ряда серьезных осложнений ЛТ, таких как, например, лучевые эпителииты, дерматиты, гематологические нарушения путем модификации режимов ЛТ.

Изучение КЖ производится с помощью специально разработанных опросников, направленных на выявление интересующих симптомов, установление параметров функционирования больного и выяснение его общего состояния [10]. Опросники бывают общими, то есть применяющимися при хронических заболеваниях, или специфическими, которые применяются для конкретной нозологической группы, в частности при онкологических заболеваниях [6]. Помимо общей части опросника, используемой при различных заболеваниях, применяются специально разработанные модули, используемые при конкретной нозологической форме.

Опросники заполняются больными самостоятельно, предоставляя исследователю информацию о КЖ больного, которая может быть использована для повышения эффективности лечения данного больного, коррекции схемы лечения, может служить критерием успешности и адекватности терапии. Данная методика незаменима для оценки состояния больного на протяжении курса лечения, поскольку позволяет объективизировать изменения самочувствия больного, а также предоставляет возможность установления типичного варианта психосоматической реакции больных в зависимости клинических параметров заболевания.

Опросник EORTC QLQ-C30, использовавшийся в нашем исследовании, широко применяется в Европе и Америке для изучения КЖ у широкого спектра онкологических больных. Данный опросник отвечает критериям, предъявляемым для опросников КЖ, он прост в заполнении, обладает хорошей воспроизводимостью результатов при повторном тестировании удобен в обработке и интерпретации данных, а также имеет высокую корреляцию с данными, полученными с помощью других инструментов.

Исследование КЖ проводилось у больных РШМ. Клинические данные, полученные в ходе лечения больных, должны соотноситься с информацией об их КЖ. Оценка КЖ в клинических исследованиях улучшает качество самого исследования.

Цель. Провести предварительную сравнительную оценку показателей качества жизни при традиционном и профилактическом режимах лучевой терапии рака шейки матки.

Материалы и методы. Дизайн исследования - проспективный анализ. Было проанкетировано 30 пациенток, которые были взяты на учет в Центре ядерной медицины и онкологии (ЦЯМиО) г.Семей с период с сентября 2017 по июль 2018 года. Объект исследования – пациенты с верифицированными формами РШМ. Критерии включения в группы исследования: пациентки с гистологическим подтверждением диагноза РШМ: плоскоклеточная карцинома (неспецифическая, ороговевающая, неороговевающая), II-III стадии, в возрасте от 20 до 85 лет, с оценкой общего состояния по шкале ВОЗ 0-4. У всех пациенток в анамнезе проведено комплексное лечение. Критерии исключения в группы исследования: сопутствующие заболевания в остром периоде, беременность, психическая неадекватность пациентки, лица, отказавшиеся от участия в исследовании.

В нашем исследовании пациентки с РШМ были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу включены пациентки, которые были пролечены в режиме профилактического облучения парааортальных лимфоузлов (ПЛТ) в сочетании с химиолучевым лечением. В контрольной группе больные, пролеченные в традиционном режиме (стандартная химиолучевая терапия). Была произведена оценка зависимости показателей КЖ больных в зависимости от режима. Для оценки КЖ больных проводилось сравнение показателей шкал до начала проведения ЛТ и после окончания лечения, достоверность различий оценивалась по методу Wilcoxon-Mann-Whitney. Для выявления различий между количественными данными с распределением, отличным от нормального, для независимых групп использовали U-критерия Манна-Уитни (для двух независимых групп) и критерий Вилкоксона для зависимых групп. Различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Были использованы данные анкетирования пациентов выполненного с помощью официальных версий опросников EORTC QLQ-C30/CX-24 Европейской организации исследования и лечения рака (EORTC). Русско- и казахскоязычные версии опросника EORTC QLQC30/CX-24 и счетное руководство были получены по официальному запросу на сайте EORTC. При математической обработке результатов опроса использовались счетные руководства «EORTC QLQ-C30 Scoring Manual» для EORTC QLQ-C30/ CX-24. Исследование психометрических параметров инструментов оценки КЖ проводилось с использованием общепринятых подходов исследования надежности социально-психологических тестов.

Количество вопросов – 54, из них 30 вопросов общего опросника EORTC QLQC30 и 24 вопроса специфичных для РШМ.

Общий опросник EORTC QLQ-C30 состоит из следующих разделов: физическое функционирование, эмоциональное функционирование, ролевое функционирование, когнитивное функционирование, социальное функционирование, шкала общего здоровья.

А также 3 симптоматические шкалы: слабость, тошнота/рвота и боль - 6 одиночных пунктов (симптомы и финансовые последствия). QLQ-CX-24 состоит из 24 вопросов для оценки функционального состояния и выраженности симптомов: 4 функциональные шкалы и 5 симптоматических шкал (симптомы, лимфостаз, периферическая нейропатия, менопаузальные симптомы, сексуальное расстройство). Каждый вопрос оценивался пациентом по шкале от 1 до 4. Высокие значения функциональных шкал отражают высокий/здоровый уровень функционирования, в то время как высокие значения симптоматических шкал показывают выраженность симптоматики/проблем. Больные, включенные в исследование разделялись на две группы в зависимости от полученного лучевого лечения. Данное разделение проводилось с целью определения влияния режима ЛТ на КЖ, выявления средних арифметических и стандартных отклонений показателей в выбранных группах, установления достоверных различий показателей и оценки эффективности терапии каждой из групп больных. Получаемые в результате математической обработки с использованием процедур, описанных в счетном руководстве, показатели по функциональным и симптоматическим шкалам и отдельным вопросам варьируют в пределах от 0 до 100 баллов. Высокий показатель шкалы представляет собой более высокий показатель ответа. Таким образом, высокий показатель на функциональной шкале отражает высокий/здоровый уровень функционирования, но высокий показатель на симптоматической шкале представляет собой высокий уровень симптоматики/проблем.

Для удобства статистической обработки все данные были формализованы с помощью специально разработанного кодификатора и внесены в базу данных, созданную на основе электронных таблиц EXCEL.

Статистическая обработка данных проведена с помощью программного пакета SPSS 20.0 (IBM Ireland Product Distribution Limited, Ireland).

Работа выполнена в рамках грантового финансирования обучающихся и ППС Государственного Медицинского Университета г.Семей по теме «Метод профилактической лучевой терапии параортальных лимфоузлов при местнораспространенных стадиях рака шейки матки в рамках международного мультицентрового исследования» договор №26 от 23.05.2018 г., в соответствии с этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека согласно Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Все пациентки после детального ознакомления с целями, задачами и дизайном исследования, подписали информированное согласие. Анкеты заполнялись собственноручно самими пациентами. Тема исследования утверждена на заседании Этического комитета Государственного медицинского университета г. Семей, протокол № 5 от 12.03.2014 г.

Результаты. Уровень качества жизни больных раком шейки матки составил в среднем 72.5(8.5) балла, что соответствует общим показателям данного опросника для онкогинекологических больных [11]. При этом примерно на одном уровне оказалось качество жизни у пациенток, больных раком шейки матки обеих групп, у пациенток группы ТЛТ -72.5 (5.0) балла, в группе ПЛТ 71.8 (9.2). На момент исследования показатели функциональных шкал, таких как социальное и ролевое функционирование, ряд симптоматических шкал (слабость, тошнота, боль, диспноэ, нарушение сна, менопаузальные симптомы) в обеих исследуемых группах были на одинаковом уровне (Таблица 1).

Таблица 1.

Описательная статистика КЖ пациенток с РШМ в зависимости от режима ЛТ.

Шкала	ТЛТ	ПЛТ	*p ¹
Физическое функционирование	68.1 (19.0)	63.2 (17.9)	0.054
Ролевое функционирование	89.0 (13.1)	88.2 (21.7)	0.021
Эмоциональное функционирование	82.0 (13.1)	89.3 (23.5)	0.04
Когнитивное функционирование	80.9 (17.7)	82.6 (16.7)	0.41
Социальное функционирование	81.3 (23.5)	86.2 (21.7)	0.36
Слабость	29.0 (17.5)	28.0 (19.8)	0.32
Тошнота/рвота	11.1 (18.0)	11.4 (18.7)	0.18
Боль	10.0 (19.8)	7.1 (16.4)	0.032
Диспноэ	22.9 (26.7)	20.3 (33.1)	0.361
Нарушение сна	8.5 (17.1)	9.3 (15.3)	0.032
Снижение аппетита	13.4 (19.8)	10.5 (16.8)	0.31
Запоры	8.9 (18.7)	7.9 (9.6)	0.651
Диарея	7.6 (17.2)	6.3 (13.4)	0.364
Финансовые трудности	7.1 (16.4)	6.5 (11.7)	0.352
QLQ CX-24			
Образ тела	84.0 (20.9)	86.2 (24.8)	0.05
Сексуальная активность	21.1 (26.6)	27.4 (12.1)	0.045
Сексуальное удовлетворение	37.0 (19.4)	48.4 (34.2)	0.035
Сексуальное /вагинальное функционирование	34.5 (27.4)	45.5 (30.8)	0.56
Симптомы	22.4 (20.9)	12.0 (20.5)	0.043

Лимфадема	11.9 (20.8)	10.9 (15.6)	0.045
Периферическая нейропатия	35.4 (29.4)	29.9 (37.6)	0.363
Менопаузальные симптомы	54.2 (18.5)	51.3 (22.8)	0.56
Сексуальное беспокойство	77.9(22.5)	50.2 (15.9)	0.85

*p¹- р значение при сравнении метода лучевого лечения

При рассмотрении различий в группах с ТЛТ и ПЛТ у больных РШМ нами установлена статистически значимая разница при сравнении применения различных режимов ЛТ, в шкалах - физическое функционирование, эмоциональное функционирование, боль, снижение аппетита, симптомы, сексуальное беспокойство.

Эмоциональное состояние респондентов, получивших лечение составило 82.0 (13.1) в группе с ТЛТ, и 89.3 (23.5)- с ПЛТ (p=0.04).

Сравнительная оценка показателей функциональных шкал выявила, что у исследуемых пациенток отмечались низкие уровни ролевого (88.2 балла), физического (63.2 балла) функционирования. В контрольной группе жалобы больных и показатели функциональных шкал достоверно не отличались от основной группы. Низкие уровни физического и ролевого функционирования у онкогинекологических больных на догоспитальном этапе отмечают и другие авторы [2]

Обсуждение. Лечение больных РШМ сопряжено с длительным восстановительным периодом, а в ряде случаев с различными видами осложнений. Среди них основными при хирургическом лечении являются атония мочевого пузыря, лимфостаз, анемия, при лучевом - циститы, ректиты, окклюзия влагалища, эпидермиты, при комбинированном - часто встречаются сочетания этих осложнений. Кроме того отдаленные последствия длительного облучения приводят к утрате качественных характеристик жизни (физических, психологических и социальных), с возможной инвалидизацией женщин. Одной из причин является нарушение гормонального гомеостаза в связи с посткастрационным синдромом у молодых больных, сопровождающимся метаболическими, нейро-вегетативными, психо-эмоциональными расстройствами. Цель терапии в настоящее время - это не только сохранение жизни, но и качества жизни пациентки [13]

Современной методикой, позволяющей проводить сравнительный анализ результатов различных видов лечения, таких как традиционное химиолучевое лечение и профилактическое облучение ПАЛУ, является оценка качества жизни. Качество жизни на сегодняшний день рассматривается как конечная цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических и социальных программ помощи больным. Roberts et al.[16] на основании анкетного опроса 108 больных РШМ указывают на трудность в общении и социальную изоляцию пациенток, при этом 63 % женщин сообщили о некоторой форме опасения, включая опасения боли и смерти. Это подтверждается нашим исследованием и исследованиями S.K.Steginga, J. Dupn [19], которые выявили нарушения в психоэмоциональной сфере. Причем при сравнении двух методов лучевой терапии более низкий уровень функционирования отмечается у пациенток,

получивших традиционное химиолучевое лечение. Однако, указанные расстройства, в том числе сексуальная дисфункция, возникающая возникающая в первые 6-12 месяцев после лечения, исчезают через некоторое время. Тогда как В.Л. Andersen [4] указывает на длительный восстановительный период (около 24 месяцев). Кроме того, по мнению В.Д. Менделевич [1], у двух третей онкологических пациентов утрачивается интерес к внутрисемейным отношениям, что, вероятнее всего, связано с депрессивными расстройствами вследствие утраты привлекательности, инвалидизации.

Заключение. Предварительные результаты сравнительной оценки двух режимов показали, что профилактическое облучение параортальных лимфоузлов не ухудшает качество жизни у пациенток с раком шейки матки.

Финансирование. Данное исследование проведено в рамках грантового финансирования обучающихся и ППС Государственного Медицинского Университета г.Семей, договор №26 от 23.05.2018 г..

Конфликт интересов. При проведении исследования и написании статьи со стороны авторов конфликт интересов отсутствует. Авторы заверяют, что ни одна из частей данной работы не была опубликована в других изданиях.

Вклад авторов.

Жабагина А.С., Андреева О.Б. - набор материала, обработка данных, написание статьи.

Адылханов Т.А. - научное руководство.

Жабагин К.Т. - набор данных, оформление статьи.

Канапиянов К.З. - обработка данных, резюме.

Кумарова Г.К. - набор данных

Литература:

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.:МЕДпресс-информ,2005.426 с.
2. Тамбиева З.А. Оценка качества жизни больных раком шейки матки после радикального лечения: Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2007
3. Al-Hayder S., Elberg J.J., Charabi B. Clinical outcome and health-related quality-of-life following microsurgical reconstruction in patients with oral and oropharyngeal cancer // Acta Otolaryngol. 2016. P. 1-5.
4. Andersen B.L. Predicting sexual and psychologic morbidity and improving the quality of life for women with gynecologic cancer//Cancer.1993.Vol.71, Suppl.4.P.1678-1690.
5. Apolone G., Filiberti A., Cifani S., Ruggiata R., Mosconi P. Evaluation of the EORTC QLQ-C30 questionnaire: a comparison with SF-36 Health Survey in a cohort of Italian long-survival cancer patients // Ann Oncol. 1998. Vol. 9, № 5. P. 549-57.
6. Bowling A. The effects of illness on quality of life: findings from a survey of households in Great Britain // J Epidemiol Community Health. 1996. Vol. 50, № 2. P. 149-55.
7. Brennan M.E., Butow P., Spillane A.J., Boyle F. Patient-reported quality of life, unmet needs and care

coordination outcomes: Moving toward targeted breast cancer survivorship care planning // *Asia Pac J Clin Oncol*. 2016. Vol. 12, № 2. P. 323-31.

8. Bredart A., Kop J.L., Griesser A.C., Fiszler C., Zaman K., Panes-Ruedin B., Jeanneret W., Delaloye J.F., Zimmers S., Berthet V., Dolbeault S. Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care // *Ann Oncol*. 2013. Vol. 24, № 8. P. 2151-8.

9. Chu W.O., Dialla P. O., Roignot P., Bone-Lepinoy M. C., Poillot M. L., Coutant C., Arveux P., Dabakuyo-Yonli T. S. Determinants of quality of life among long-term breast cancer survivors // *Qual Life Res*. 2016. Vol. 25, № 8. P. 1981-90.

10. Curado M.P., Voti L., Sortino-Rachou A.M. Cancer registration data and quality indicators in low and middle income countries: their interpretation and potential use for the improvement of cancer care // *Cancer Causes Control*. 2009. Vol. 20, № 5. P. 751-6.

11. Demetri G.D., Kris M., Wade J. et al. Quality-of-life benefit in chemotherapy patients treated with epoetin alfa is independent of disease response or tumor type: results from a prospective community oncology study//*Procrit*. Study Group.*J.Clin.Oncol*.1998.Vol.16,№10.P.3412-3425.

12. Groenvold M., Klee M.C., Sprangers M.A., Aaronson N.K. Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement // *J Clin Epidemiol*. 1997. Vol. 50, № 4. P. 441-50.

13. Li C. Quality of life in long-term survivors of cervical cancer//*Maturitas*.1999.Vol.32,№2.P.63-74

14. Kaufmann A., Schmidt H., Ostheimer C., Ullrich J., Landenberger M., Vordermark D. Quality of life in very elderly radiotherapy patients: a prospective pilot study using the EORTC QLQ-ELD14 module // *Support Care Cancer*. – 2015. – Vol. 23, № 7. – P. 1883-92.

15. Mackworth N., Fobair P., Prados M. D. Quality of life self-reports from 200 brain tumor patients: comparisons with Karnofsky performance scores // *J Neurooncol*. 1992. – Vol. 14, № 3. P. 243-53

16. Roberts S.A., Hendry J.H., Swindell R. et al. Compensation for changes in dose- rate in radical low-dose-rate brachytherapy: a radiobiological analysis of a randomised clinical trial//*Radiother.Oncol*.2004.Vol 70,№1.P.63-74.

17. Spilker B. Standardisation of quality of life trials: an industry perspective // *Pharmacoeconomics*. 1992. Vol. 1, № 2. P. 73-5.

18. Spilker B., Molinek F.R., Jr., Johnston K. A., Simpson R. L., Jr., Tilson H. H. Quality of life bibliography and indexes // *Med Care*. 1990. Vol. 28, № 12 Suppl. P. 1-77.

19. Steginga S.K., Dunn J. Women,s experiences following treatment of gynecologic cancer // *Oncol.Nurs.Forum*.1997.Vol.24.P.1403.

20. Van Dijk S., Nelissen P., Verbelen H., Tjalma W., Gebruers N. The effects of physical self-management on quality of life in breast cancer patients: A systematic review // *Breast*. 2016. Vol. 28. P. 20-8.

21. Versmessen H., Vinh-Hung V., Van Parijs H., Miedema G., Voordeckers M., Adriaenssens N., Storme G., De Ridder M. Health-related quality of life in survivors of

stage I-II breast cancer: randomized trial of post-operative conventional radiotherapy and hypofractionated tomotherapy // *BMC Cancer*. 2012. Vol. 12. P. 495.

22. Weitzner M.A., Meyers C.A. Cognitive functioning and quality of life in malignant glioma patients: a review of the literature // *Psychooncology*. 1997. Vol. 6, № 3. P. 169-77.

23. Weitzner M.A., Meyers C.A., Steinbruecker S., Saleeba A.K., Sandifer S.D. Developing a care giver quality-of-life instrument. Preliminary steps // *Cancer Pract*. 1997. Vol. 5, № 1. P. 25-31.

References:

1. Mendelevich V.D. *Klinicheskaya i medicinskaya psihologiya*. [Clinical and medical psychology]. M.:MED press-inform. [M.: MED press-inform]. 2005. 426 p. [in Russian].

2. Tambieva Z. A. *Ocenka kachestva zhizni bol'nyh rakom shejki matki posle radikal'nogo lecheniya* [Assessment of the quality of life of patients with cervical cancer after radical treatment] Avtoref. dis.kand. med. nauk. [Author's abstract. dis.cand.med sciences] SPb,2007. [in Russian].

3 Al-Hayder S., Elberg J.J., Charabi B. Clinical outcome and health-related quality-of-life following microsurgical reconstruction in patients with oral and oropharyngeal cancer. *Acta Otolaryngol*. 2016. P. 1-5.

4. Andersen B.L. Predicting sexual and psychologic morbidity and improving the quality of life for women with gynecologic cancer. *Cancer*. 1993.Vol.71, Suppl.4.P.1678-1690

5 Apolone G., Filiberti A., Cifani S., Ruggiata R., Mosconi P. Evaluation of the EORTC QLQ-C30 questionnaire: a comparison with SF-36 Health Survey in a cohort of Italian long-survival cancer patients. *Ann Oncol*. 1998. Vol. 9, № 5. P. 549-57.

6 Bowling A. The effects of illness on quality of life: findings from a survey of households in Great Britain. *J Epidemiol Community Health*. 1996. Vol. 50, № 2. P. 149-55.

7. Brennan M. E., Butow P., Spillane A. J., Boyle F. Patient-reported quality of life, unmet needs and care coordination outcomes: Moving toward targeted breast cancer survivorship care planning. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2016. Vol. 12, № 2.P. 323-31.

8. Bredart A., Kop J. L., Griesser A. C., Fiszler C., Zaman K., Panes-Ruedin B., Jeanneret W., Delaloye J. F., Zimmers S., Berthet V., Dolbeault S. Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. *Ann Oncol*. 2013. Vol. 24, № 8. P. 2151-8.

9. Chu W. O., Dialla P. O., Roignot P., Bone-Lepinoy M. C., Poillot M. L., Coutant C., Arveux P., Dabakuyo-Yonli T. S. Determinants of quality of life among long-term breast cancer survivors. *Qual Life Res*. 2016. Vol. 25, № 8. P. 1981-90.

10. Curado M.P., Voti L., Sortino-Rachou A.M. Cancer registration data and quality indicators in low and middle income countries: their interpretation and potential use for the improvement of cancer care. *Cancer Causes Control*. 2009. Vol. 20, № 5. P. 751-6.

11. Demetri G.D., Kris M., Wade J. et al. Quality-of-life benefit in chemotherapy patients treated with epoetin alfa is independent of disease response or tumor type: results from a prospective community oncology study. *Procrit. Study Group. J. Clin. Oncol.* 1998. Vol. 16, №10. P. 3412-3425.
12. Groenvold M., Klee M.C., Sprangers M. A., Aaronson N. K. Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *J Clin Epidemiol.* 1997. Vol. 50, № 4. P. 441-50.
13. Li C Quality of life in long-term survivors of cervical cancer. *Maturitas.* 1999. Vol. 32, №2. P. 63-74
14. Kaufmann A., Schmidt H., Ostheimer C., Ullrich J., Landenberger M., Vordermark D. Quality of life in very elderly radiotherapy patients: a prospective pilot study using the EORTC QLQ-ELD14 module. *Support Care Cancer.* – 2015. Vol. 23, № 7. P. 1883-92.
15. Mackworth N., Fobair P., Prados M. D. Quality of life self-reports from 200 brain tumor patients: comparisons with Karnofsky performance scores. *J Neurooncol.* 1992. Vol. 14, № 3. P. 243-53
16. Roberts S.A., Hendry J.H., Swindell R. et al. Compensation for changes in dose- rate in radical low-dose-rate brachytherapy: a radiobiological analysis of a randomised clinical trial. *Radiother. Oncol.* 2004. Vol 70, №1. P. 63-74.
17. Spilker B. Standardisation of quality of life trials: an industry perspective. *Pharmacoeconomics.* 1992. Vol. 1, № 2. P. 73-5.
18. Spilker B., Molinek F.R., Jr., Johnston K.A., Simpson R.L., Jr., Tilson H.H. Quality of life bibliography and indexes. *Med Care.* 1990. Vol. 28, № 12 Suppl. P. 1-77.
19. Steginga S.K., Dunn J. Women,s experiences following treatment of gynecologic cancer. *Oncol. Nurs. Forum.* 1997. Vol. 24. P. 1403.
20. Van Dijck S., Nelissen P., Verbelen H., Tjalma W., Gebruers N. The effects of physical self-management on quality of life in breast cancer patients: A systematic review. *Breast.* 2016. Vol. 28. P. 20-8.
21. Versmessen H., Vinh-Hung V., Van Parijs H., Miedema G., Voordeckers M., Adriaenssens N., Storme G., De Ridder M. Health-related quality of life in survivors of stage I-II breast cancer: randomized trial of post-operative conventional radiotherapy and hypofractionated tomotherapy. *BMC Cancer.* 2012. Vol. 12. P. 495.
22. Weitzner M. A., Meyers C. A. Cognitive functioning and quality of life in malignant glioma patients: a review of the literature. *Psychooncology.* 1997. Vol. 6, № 3. P. 169-77.
23. Weitzner M. A., Meyers C. A., Steinbruecker S., Saleeba A. K., Sandifer S. D. Developing a care giver quality-of-life instrument. Preliminary steps. *Cancer Pract.* 1997. Vol. 5, № 1. P. 25-31.

Контактная информация:

Жабагина Алмагуль Серикказыевна – PhD докторант 3-го года обучения по специальности "Медицина" Государственного медицинского университета города Семей, г. Семей, Республика Казахстан
Почтовый адрес: Республика Казахстан, 071417 г. Семей, ул. 35 квартал 12 дом, 45 кв.
e-mail: a_zhabagina@mail.ru
Телефон: 8 707 524 37 97