

А.Е.Сагун

Качество жизни больных в нейроонкологии

Минская областная клиническая больница

Одна из главных целей всей системы медицинской помощи в нейроонкологии – это восстановление или, как минимум, сохранение качества жизни. В статье представлены результаты сравнительного анализа качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями головного мозга оперированных методом ультразвуковой диссекции. Было проведено сравнение качества жизни с группой больных аналогичной патологией прооперированных без применения УЗ-аспиратора. Результаты исследования показали эффективность применения ультразвуковой диссекции в хирургии глиальных опухолей головного мозга. Ключевые слова: качество жизни, опухоль головного мозга, глиома, ультразвуковая диссекция.

Термин «качество жизни» (КЖ) впервые появился в 1920 году, но вскоре был забыт и снова стал использоваться в 50-х годах XX века, после того, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ввела определение здоровья, которое определяется полным физическим, психологическим и социальным благополучием человека, а не просто отсутствием болезней. В течении длительного времени имелись различия во взглядах на само понятие качества жизни пациентов. Это было обусловлено отсутствием унифицированного подхода в терминологии, интерпретации понятий и самой оценке качества жизни. В понятие «качество жизни» разные исследователи вкладывали различный смысл – субъективное восприятие здоровья [4]; чувство удовлетворения жизнью [5]; психосоциальную и физическую адаптацию [3]. Качество жизни (определение 1) – это восприятие индивидуумами своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, ожиданиями и заботами (ВОЗ, 1996).

Качество жизни (определение 2) – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии в период развития заболевания и его лечения. В настоящее время отдается предпочтение комплексному подходу к оценке качества жизни с включением как минимум четырех критериев: физического, функционального, психологического и социального здоровья. [1]. Физическое здоровье связано главным образом с остаточными симптомами основного заболевания и результатом хирургического вмешательства. Функциональное здоровье – характеризует самообслуживание, независимость и уровень физической активности. Когнитивная функция, эмоциональный статус, общее восприятие здоровья, удовлетворенность жизнью являются психологическими компонентами жизни пациента, а изучение социальных контактов и взаимоотношений – даёт оценку социального здоровья. [2]. Таким образом, качество жизни – это комплексное восприятие человеком его положения в жизни.

Качество жизни – это динамический показатель, определяющийся совокупностью вышеуказанных параметров, отражающих изменения течения жизни в период болезни. Поэтому и оценивать его необходимо на всём протяжении болезни, как меняющийся параметр, зависящий от процесса лечения, вида и течения заболевания.

Существует множество предпосылок для развития концепции качества жизни. Технологический прогресс в медицине и нейроонкологии, и в тоже время, пока скромные результаты в лечении глиальных опухолей головного мозга. Выбор наиболее приемлемого варианта среди нескольких альтернатив лечения, прогностическое значение оценки КЖ, индивидуализация лечения, разработка реабилитационных программ, постоянный мониторинг течения болезни и коррекция лечения, а так же КЖ, как критерий ремиссии и эффективности оказания паллиативной помощи.

В настоящее время существует большое количество методик оценки качества жизни. К сожалению, до настоящего времени отсутствуют данные, доказывающие надежность, обоснованность и чувствительность большинства из них. Кроме того, многие методики разработаны в исследовательских целях и могут оказаться сложными для использования в повседневной клинической практике. Имеющийся целый ряд проблем оценки качества жизни у нейрохирургических больных ограничивает применение большинства из них. Первая практическая проблема – это низкая достоверность получаемых данных о качестве жизни пациентов с дефектами внимания, понимания и мотивации. Такие пациенты имеют пониженную способность соотносить своё состояние с предлагаемыми шкалами и вследствие этих причин дают большой процент случайных или стереотипных ответов. Вторая проблема – это низкая чувствительность субъективных показателей качества жизни при их использовании больными со сниженной эмоциональной реактивностью или апатией, так как их субъективная оценка своей жизни слабо зависит от их объективного состояния. Третья проблема-аутизация, замкнутость, отчужденность, обеднение эмоциональной сферы и пассивность определённой части нейрохирургических больных зачастую приводят к отказам в опросах оценки КЖ. Длительное, тяжелое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, приводящей к инвалидности, угроза смерти — все это разрушает привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяет систему ценностей, существенно перестраивает личность больного. Четвертая и наиболее сложная проблема – это искаженные результаты измерений, связанные с нарушением психической деятельности у части нейрохирургических больных.

Таким образом, нейроонкология является той сферой медицины, где действуют практически все ограничения на применение субъективных показателей качества жизни. Поэтому даже при применении методик, валидность которых продемонстрирована в широкомасштабных исследованиях, всегда необходимо сопоставление субъективных показателей с объективными шкалами. По этой причине ни один из существующих подходов к оценке качества жизни нельзя

уверенно рекомендовать как предпочтительный. Совокупное использование различных методик исследования качества жизни пациентов, наилучшим образом раскрывает широкие возможности как для мониторинга состояния пациентов и определения эффективности выбранной стратегии лечения, так и для достижения врачом более глубокого и тонкого понимания своеобразия переживаний пациента, его трудностей в борьбе с болезнью или в адаптации к жизни с ней. Это необходимо для оказания неспецифической эмоциональной поддержки пациенту.

Следует так же остановиться на типичных ошибках при оценке КЖ. Первая – использование в качестве индикатора уровня КЖ функционального статуса пациента. При этом абсолютно не учитываются психоэмоциональное состояние индивидуума, уровень его независимости и общественного положения.

Функциональный статус является лишь одним из аспектов более сложного понятия КЖ. Вторая ошибка – отношение к КЖ как к критерию степени тяжести заболевания. Важно понимать, что КЖ оценивает не тяжесть течения процесса, а то, как сам пациент переносит свое заболевание. Так, при длительно текущей болезни некоторые пациенты привыкают к своему состоянию и перестают обращать на него внимание. У таких лиц можно зарегистрировать повышение уровня КЖ, что, однако, не будет означать регресс заболевания. Третья заключается в том, что некоторые исследователи пытаются подтвердить субъективное мнение пациентов объективными оценками. Между тем имеются значимые несоответствия между показателями КЖ, оцененными самим пациентом и «сторонним наблюдателем». Исключение составляют некоторые опросники для педиатрической, психиатрической практики и ряда нейрохирургических больных, требующих специального подхода в оценке КЖ. Качество жизни – объективный показатель субъективности. И последняя ошибка – это построение выводов на единственном сводном показателе КЖ. Задача исследователя заключается в оценке всех критериев, чем концентрация внимания на самом понятии КЖ.

По данным мировой литературы и с позиций доказательной медицины, нет убедительных данных, основанных на многоцентровых, рандомизированных исследованиях, указывающих на стойкую, статистически достоверную корреляционную связь между объемом хирургического вмешательства и продолжительностью общей, безрецидивной выживаемости и качеством жизни больных оперированных по поводу глиальных опухолей головного мозга [7]. В погоне за максимальным радикализмом, нейрохирургу необходимо помнить о самой главной составляющей лечебного процесса – качестве жизни пациента.

Продолжительность общей выживаемости, динамика неврологического статуса пациента после перенесенной операции, нередко используются, как единственные критерии для оценки успеха проводимого лечения и являются недостаточными для разработки индивидуальной тактики помощи пациенту. Нейрохирург в своей повседневной практике должен не забывать, что за каждым диагнозом, историей болезни, случаем из практики, стоит человеческая жизнь, судьба конкретного индивидуума – человека. Этическая сторона данного вопроса определяется двумя позициями. С одной стороны – это пациент,

который всецело полагаясь на хирурга, безгранично доверяет ему. С другой стороны – хирург, выступающий в качестве главного фактора, определяющего исход хирургического вмешательства, его профессионализм и самооценка своей деятельности, степень хирургической свободы действий во время операции, напрямую связанная с опытом работы и личностными характеристиками. Подход к лечению злокачественных новообразований головного мозга представляет одну из наиболее сложных, социально важных, и в тоже время окончательно неразрешённых проблем нейроонкологии. Лечение вышеуказанной новообразований ограничивается их способностью к инфильтративному росту с прорастанием в зоны мозга с высокой функциональной значимостью и значительной резистентностью к большинству методов лечения. Всё это делает их радикальное удаление затруднительным. Однако, именно это биологическое свойство определяет лечебную тактику, выбор метода и способа хирургического вмешательства, послеоперационные функциональные результаты. Нерешенной остается проблема целесообразности максимального радикализма при удалении глиальных опухолей, что в свою очередь влияет на сроки рецидивирования, динамику и глубину неврологического дефицита, качество жизни [6,8,10]. В связи с этим, одна из важнейших целей всей системы медицинской помощи в нейроонкологии – это восстановление или, как минимум, сохранение качества жизни пациентов. Хорошо известно, что в большинстве случаев, злокачественные новообразования головного мозга неизлечимы. Нейрохирург, оперируя больного, берет на себя ответственность за дальнейшую судьбу пациента, и не только балансируя на грани понятий жизни или смерти пациента, но и того, как он проведет свою последующую жизнь – прикованным к кровати или полноценной, социально адаптированной личностью. В данном контексте возникает ряд вопросов. Так что же важно – продолжительность жизни или ее качество? Как сами пациенты смотрят на этот вопрос? Чем определяется разница в восприятии качества жизни самим пациентом и его врачом? Отвечают ли клиницисты за качество жизни пациента? И здесь мы имеем пока больше вопросов, чем ответов [2]. Существует целый ряд исследований, указывающих на тот факт, что пациенты с лучшими параметрами качества жизни живут дольше, несмотря на относительно неблагоприятные отдельные показатели объективного статуса. Измерение качества жизни может подсказать правильный выбор среди нескольких альтернатив лечения, что особенно актуально в связи с появлением новых медицинских технологий. Следует также отметить, что за рубежом ни один лекарственный препарат не проходит клинические испытания без изучения качества жизни больных, и ни один новый метод лечения не может быть использован, если не проведен анализ качества жизни. Его оценка в клинических исследованиях улучшает качество самого исследования. Основной принцип медицины «лечить больного, а не болезнь» может быть реализован с помощью использования концепции «качества жизни» [9]. Целью настоящего исследования является определение оптимальной совокупности методик для анализа качества жизни нейрохирургического пациента и ее оценка в сравнительном аспекте у больных со злокачественными

новообразованиями головного мозга, оперированных методом ультразвуковой диссекции.

Материал и методы

Нами был проведен проспективный анализ качества жизни больных со злокачественными новообразованиями головного мозга супратенториальной локализации оперированных на базе нейрохирургического отделения Минской областной клинической больницы в период с 2004 по 2008 гг. Абсолютная выборка больных находившихся на лечении составила 114 человек, 8 из них было исключено вследствие несоответствия критериям отбора. Всего было прооперировано 106 больных, из них 51 – методом ультразвуковой диссекции, что составило 48% от общего числа прооперированных больных. Было проведено сравнение качества жизни пациентов группы ультразвуковой диссекции с группой больных аналогичной патологией прооперированных без применения ультразвукового аспиратора – 55 больных (52 %). Использовался ультразвуковой дезинтегратор «Sonoca-300» фирмы «Soring» с рабочей частотой 25кГц (макро) или 35кГц (микро). Для уточнения характера и распространенности патологического процесса всем больным выполнялись контрастная спиральная рентгеновская компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография, по показаниям – церебральная ангиография. Предоперационное планирование хирургического вмешательства (внепроекторных доступов) выполнялось в зависимости от локализации процесса и его распространённости.

На этапе предоперационной подготовки всем больным назначался дексаметазон, для снятия перитуморозного отека. Снижение выраженности отека и внутричерепной гипертензии позволило достичь меньшей интраоперационной травматизации головного мозга. В зависимости от тяжести состояния и выраженности перифокального отека вещества головного мозга пациенты получали 8-16 мг дексаметазона внутримышечно 2 раза в сутки в течении трех дней перед операцией, при необходимости – в сочетании с осмодиуретиками. После хирургического вмешательства дозу кортикостероидов постепенно снижали. Применяемая дозировка дексаметазона обусловлена тем, что при дозе менее 8 мг не достигается требуемый терапевтический эффект, а при дозе свыше 16 мг на порядок увеличивается количество осложнений, при сходном терапевтическом эффекте.

Все проведённые хирургические вмешательства были выполнены под тотальной внутривенной анестезией с искусственной вентиляцией лёгких. В ложе удалённой опухоли укладывали гемостатический материал. С этой целью нами широко использовался «Surgicel» фирмы «Johnson & Johnson», который имеет ряд преимуществ, наиболее полно отвечающих задачам нейрохирургического гемостаза и выгодно отличающий его от других гемостатических средств по механизму действия, внутренней гемостатической способности и простоте использования.

Основная и контрольная группы были однородны по возрастно-половой принадлежности, распространенности и локализации процесса, исходному состоянию больных при оценке его по шкалам Карновского, ECOG, Рэнкина,

Бартел и SF-36, а также морфологическому диагнозу. В зависимости от распространенности опухолевого процесса пациенты подразделялись на 3 подгруппы (к подгруппе А относились больные с распространением опухоли на одну долю головного мозга, к подгруппе В – при распространении на две доли, к подгруппе С – при распространении на три доли или при глубинном расположении опухоли). Выделялись три варианта локализации новообразований: 1) в функционально важных областях головного мозга; 2) в областях головного мозга, расположенных в непосредственной близости от функционально важных; 3) в функционально менее значимых областях. На основе шкал качества жизни больные в 2 группах были разделены на подгруппы: независимых, полузависимых и зависимых пациентов. В обеих группах преобладали высококачественные гистологические варианты глиом. Степень радикальности хирургического вмешательства оценивали визуально непосредственно по ходу операции и путём проведения контрольных КТ, МР томографии головного мозга с контрастным усилением на 1-е сутки после операции (в большинстве случаев). Критерием объёма хирургического вмешательства было соотношение объёмов опухоли до и после операции в процентном соотношении. Под полным удалением мы считали объём резекции 100% опухоли, частичным > 50% и биопсия < 50% объёма опухолевой ткани. Гистологическая верификация диагноза проводилась цитоморфологическим (по Ван-Гизону) и иммуногистохимическим способами. Все больные в послеоперационном периоде были подвергнуты лучевой терапии, согласно утверждённым стандартам на базе РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова.

Результаты и обсуждение

До начала хирургического лечения в основной группе, как и в контрольной, преобладали пациенты из подгруппы полузависимых, что составило 49% (n=25) в основной и 49,1% (n=27) в контрольной. Соотношение больных в других подгруппах (независимых и зависимых) не имело статистически достоверной разницы при оценке критерием Стьюдента и с2 с уровнем значимости $p < 0,05$ (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных согласно индексам качества жизни до и после хирургического вмешательства в основной и контрольной группах

Подгруппы	Ультразвук (n=51)		Вакуум (n=55)	
	До	После	До	После
Независимые	16 (31,4%)	30 (58,8%)*	21 (38,2%)	18 (32,7%)
Полузависимые	25 (49,0%)	14 (27,5%)	27 (49,1%)	22 (40%)
Зависимые	10 (19,6%)	6 (11,8%)	7 (12,7%)	13 (23,7%)
Умерло	-	1 (1,9%)	-	2 (3,6%)

* Достоверно по отношению к контрольной группе $p=0,01$

Меньшая травматичность хирургических вмешательств по удалению глиальных опухолей головного мозга с применением ультразвуковой аспирации позволила добиться значительной, статистически значимой ($p=0,01$ при применении критериев Уилкоксона и Стьюдента) положительной динамики в основной

группе при ее оценке с использованием всех шкал и индексов качества жизни. Увеличение количества больных в подгруппе независимых с 31% (n=16) до 59% (n=30) в основной группе произошло за счет снижения их количества в подгруппе полузависимых с 49% (n=25) до 28% (n=14) и зависимых с 20% (n=10) до 12% (n=6) (табл. 1, рис. 1). Обратные взаимоотношения наблюдались в контрольной группе (табл. 1, рис. 2).

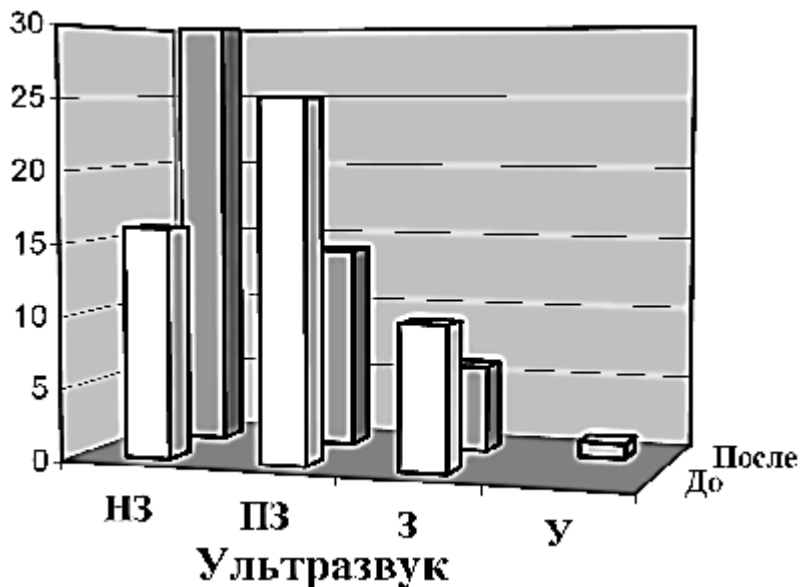


Рис. 1. Распределение больных в основной группе до и после хирургического вмешательства

(НЗ – независимые, ПЗ – полузависимые, З – зависимые, У – умерло)

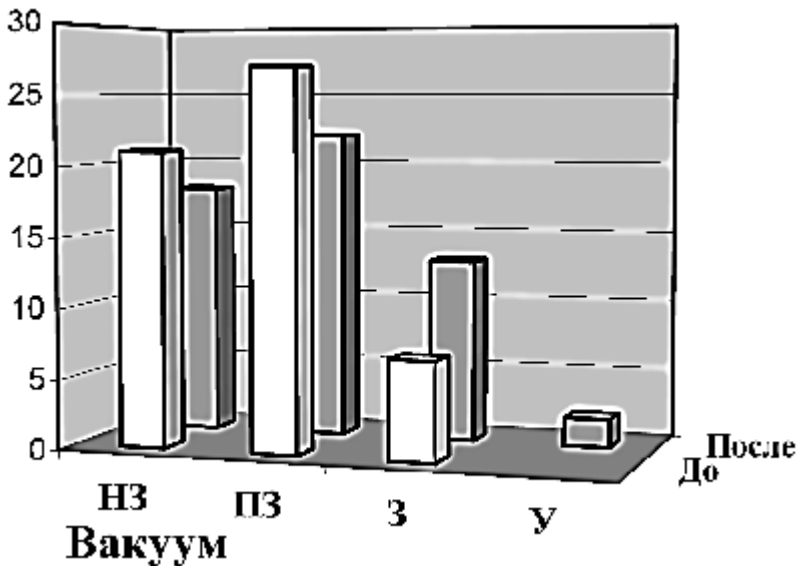


Рис. 2. Распределение больных в контрольной группе до и после хирургического вмешательства (НЗ – независимые, ПЗ – полузависимые, З – зависимые, У – умерло)

Таким образом, применение хирургической техники, заключающейся в использовании ультразвуковой диссекции, при удалении глиальных опухолей головного мозга позволяет снизить выраженность очаговой неврологической симптоматики, а следовательно, повысить качество жизни больных в послеоперационном периоде. С практической точки зрения для скрининг-оценки

функциональных результатов хирургического вмешательства наиболее приемлемо применение совокупности шкал Карновского, ЕСОГ и Ренкина. Данные шкалы наиболее надежные и простые в использовании в повседневной практике. Основным их недостатком является низкий порог чувствительности к незначительным изменениям. Индекс Бартел (индекс активностей повседневной жизни) и SF-36 несколько сложнее относительно вышеуказанных шкал, но имеют более высокую надежность и чувствительность. Выполнение данных тестов интуитивно понятно, не занимает много времени и может использоваться для более глубокой объективизации качества жизни больных после нейрохирургических вмешательств. Следует отметить, что предложенная совокупность шкал для оценки качества жизни не претендует на универсальность и, в зависимости от клинической ситуации, может видоизменяться и дополняться данными других тестов.

Выводы

1. Использование ультразвуковой аспирации при удалении глиальных опухолей головного мозга позволило достичь статистически значимой ($p=0,01$) положительной динамики качества жизни больных в основной группе.
2. Увеличение количества больных в подгруппе независимых с 31% ($n=16$) до 59% ($n=30$) в основной группе произошло за счет снижения их количества в подгруппе полузависимых с 49% ($n=25$) до 28% ($n=14$) и зависимых с 20% ($n=10$) до 12% ($n=6$). Обратные взаимоотношения наблюдались в контрольной группе.

Литература

1. Блинов, Н. Н. и др. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных // Вопр. онкол. 1996. № 5. С. 70 – 73.
2. Саймонтон, К. Психотерапия рака // Санкт-Петербург: Питер, 2001. С. 288.
3. Cella, D.F. et al. Quality of life outcomes: measurement and validation // Oncolog. 1996. Vol. 11. P. 233 – 246.
4. Guyatt, G., Jaeschke, R. Quality of life assessments in clinical trials // New York: Raven Press Publishers. 1990. P. 137.
5. Hornquist, J.O. et al. The concept of quality of life // Scand. J. Soc. Med. 1982. Vol. 10. P. 57 – 61.
6. Laws, E.R. et al. Surgical management of intracranial gliomas – does radical resection improve outcome? // Acta Neurochir. 2003. Vol. 85. P. 47 – 53.
7. Polin, R.S. et al. Functional outcomes and survival in patients with high-grade gliomas in dominant and nondominant hemisphere // J. Neurosurg. 2005. Vol. 102. № 2. P. 276 – 283.
8. Olson, J.D. et al. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma // J. Neurol. 2000. Vol. 54. P. 1442 – 1448.
9. Osoba, D. Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology // Supp. Care Cancer. 1997. Vol. 5. P. 100 – 104.
10. Pignatti, F. et al. Prognostic factors for survival in adult patients with cerebral low-grade glioma // J. Clin. Oncol. 2002. Vol. 20. P. 2076 – 2084.