

Т.В. Дерменжи, В.С. Свинцицкий
Национальный институт рака, Киев

Результаты оценки средних показателей качества жизни у больных инфильтративным раком шейки матки

В исследовании оценивали качество жизни у больных инфильтративным раком шейки матки до хирургического лечения и в течение 1 года после него. Данные опросника свидетельствовали о более весомом улучшении изучаемых характеристик качества жизни (физического, физически-ролевого, социального и эмоционально-ролевого функционирования, интенсивности боли, жизненной активности и психического здоровья, а также общего состояния) пациентов после выполнения нервосохранивающей радикальной гистерэктомии по сравнению с радикальной гистерэктомией III типа без сохранения элементов тазового вегетативного нервного сплетения.

Ключевые слова: качество жизни, рак шейки матки, нервосохранивающая радикальная гистерэктомия.

Введение

Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место в структуре онкогинекологической заболеваемости после рака эндометрия и является одной из сложных и нерешенных проблем современной онкогинекологии. В Украине в 2014 г. стандартизированный показатель заболеваемости (мировой стандарт) составлял 15,0, а стандартизированный показатель смертности — 5,9. В последние годы отмечается рост заболеваемости РШМ среди женщин в возрастной группе до 40 лет (Федоренко З.П. та співавт., 2015).

Хирургические операции по поводу РШМ часто сопровождаются нарушением нормального функционирования мочевого пузыря и половой системы, что оказывает существенное влияние на качество жизни (КЖ) пациенток (Щербина И.Н., Скорбач Е.И., 2011; Подзолкова Н.М. та співавт., 2012).

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, КЖ определяется как индивидуальное соотношение состояния человека в обществе (с учетом культуры и систем ценностей этого общества) с целями данного человека, его планами, возможностями и степенью неустрашенности. Специальное понятие КЖ появилось в «Index medicus» в 1977 г. и в настоящее время широко используется в медицине зарубежных стран (Gudbergsson S.B. et al., 2011; Topr S. et al., 2013). Большинство исследователей подчеркивают две основные особенности, связанные с этим понятием. Во-первых, многомерность, во-вторых, субъективный характер оценки. Одно из определений КЖ — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии (Frazier L.M. et al., 2009).

Ведущие специалисты в области хирургического лечения РШМ считают, что главной целью выполнения операций является не улучшение выживаемости и прогноза заболевания, а скорее — попытка улучшить КЖ этих пациентов (Greimel E.R. et al., 2009; Bifulco G. et al., 2012). КЖ коррелирует с выживаемостью и наряду с этим показателем

является одним из важных критериев эффективности лечения у больных РШМ (Abrams P. et al. (Eds.), 2009; Moïls F. et al., 2009). Попытки восстановить самостоятельное мочеиспускание имеют целью улучшить КЖ пациентов, продлить их жизнь с позиций комфортности, пребывания и адаптации больного в обществе и семье (Hsu W.C. et al., 2009).

В настоящее время «инструментами» измерения КЖ являются опросники и визуальные аналоговые шкалы. В текущей работе использован опросник по медицинскому изучению результатов осмотра здоровья с помощью 36 вопросов (RAND Medical Outcomes Study 36-Item Health Survey — известный как SF-36) (Стаховський Е.О. та співавт., 2013).

Объект и методы исследования

90 пациенток с инфильтративным РШМ распределили на две группы в зависимости от метода хирургического лечения: 1-я группа — 45 пациенток с инфильтративным РШМ, которым была выполнена нервосохранивающая радикальная гистерэктомия (НРГЭ) — основная группа, и 2-я группа — 45 пациенток с инфильтративным РШМ, которым была выполнена радикальная гистерэктомия (РГЭ III) — контрольная группа, без сохранения тазового вегетативного нервного сплетения. У всех пациенток проводили анкетирование с помощью опросника SF-36.

Результаты и их обсуждение

Из анализа представленных результатов, относящихся к физической нагрузке (бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта; передвигание стола, работа с пылесосом, сборка грибов или ягод; подъем или ношение сумки с продуктами; подъем пешком по лестнице на несколько пролетов, на один пролет и др.), следует, что до проведения хирургического лечения, непосредственно после и через 3 мес после хирургического лечения разница в возможности выполнения физических нагрузок

в исследуемых группах отсутствовала. Достоверная разница, касающаяся возможности выполнения физической нагрузки, между группами определялась с 6 мес ($87,89 \pm 1,77$) и сохранялась до 12 мес ($87,89 \pm 1,77$) ($p < 0,05$). Больные после хирургического лечения, проведенного по нервосохранивающей методике, могли выполнять физические нагрузки в большем объеме, чем пациентки после стандартного хирургического лечения, начиная с 6 мес послеоперационного периода: $87,89 \pm 1,77$ и $75,78 \pm 2,83$ соответственно ($p < 0,05$) (таблица).

Согласно результатам анализа ответов на вопросы касательно физически-ролевого функционирования («Бывало ли, что за последние 4 нед Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела, либо выполнить меньше, чем Вы хотели?», «Были ли Вы ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности?») до хирургического лечения непосредственно и через 12 мес после него, достоверной разницы в исследуемых группах не выявлено. Достоверная разница четко определялась в группах сравнения через 3 и 6 мес: $15,00 \pm 3,22$ при РГЭ III и $42,22 \pm 4,34$ — при НРГЭ с 3-го месяца; $76,11 \pm 3,89$ при РГЭ III и $85,00 \pm 3,12$ — при НРГЭ с 6-го месяца ($p < 0,05$). Показатели физического функционирования в группах сравнения были одинаковыми до, непосредственно после и через 12 мес после хирургического лечения. Достоверную разницу этих характеристик отмечали через 3 и 6 мес послеоперационного периода. Пациентки после НРГЭ прилагали меньше энергии и силы для выполнения необходимой работы: $42,22 \pm 4,34$ — через 3 мес; $85,00 \pm 3,12$ — через 6 мес ($p < 0,05$) (см. таблицу).

Средние показатели интенсивности боли в группе НРГЭ (начиная с момента хирургического вмешательства и на протяжении 1 года) оставались выше, что свидетельствует об уменьшении выраженности боле-

вого синдрома, в отличие от пациенток контрольной группы: 59,02±1,61 и 50,78±1,37 — непосредственно после операции; 56,38±1,33 и 47,20±1,31 — спустя 3 мес; 74,18±1,29 и 61,53±1,59 — через 6 мес; 90,84±1,51 и 84,36±1,92 — 12 мес (p<0,05). Средние показатели интенсивности боли у пациенток после НРГЭ (начиная с периода выполнения хирургического лечения и в течение 1 года) повышаются, что свидетельствует об уменьшении выраженности болевого синдрома: 59,02±1,61; 56,38±1,33; 74,18±1,29; 90,84±1,51 непосредственно после хирургического вмешательства, через 3; 6; 12 мес соответственно (p<0,05) (см. таблицу).

Общее состояние здоровья не отличалось у пациенток исследуемых групп до хирургического лечения и через 6; 12 мес после него. Достоверные различия в оценке общего состояния здоровья («мне кажется, что я более склонна к болезням, чем другие»; «мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых» и др.) появлялись с момента выполнения хирургического вмешательства и сохранялись на протяжении первых 3 мес: 66,18±2,15 при РГЭ III и 57,49±2,09 при НРГЭ — непосредственно после выполнения хирургического вмешательства; 66,49±2,16 при РГЭ III и 59,82±2,09 при НРГЭ — спустя 3 мес (p<0,05). Таким образом, показатели общего состояния здоровья в группе пациенток с НРГЭ во время хирургического лечения и через 3 мес достоверно лучше, чем у пациенток в группе с РГЭ III (p<0,05). Эти показатели выравнивались во второй половине года после хирургического лечения (p>0,05) (см. таблицу).

Средние показатели жизненной активности отличались у пациенток исследуемых групп до, непосредственно и через 6 и 12 мес после хирургического лечения: 64,78±2,81 при РГЭ III и 55,56±2,60 при НРГЭ — до; 63,89±2,81 при РГЭ III и 55,56±2,60 при НРГЭ — непосредственно после;

70,89±1,28 при РГЭ III и 75,78±0,87 при НРГЭ — 6 мес; 72,56±1,05 при РГЭ III и 76,78±0,86 при НРГЭ — 12 мес (p<0,05). Отсутствие различий в оценке средних показателей жизненной активности отмечали через 3 мес после хирургического вмешательства: 52,67±1,70 при РГЭ III и 55,22±1,88 — при НРГЭ (p>0,05) (см. таблицу).

Показатели социального функционирования, согласно данным ответов на ряд тематических вопросов («Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 нед мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?», «Как часто за последние 4 нед Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми?») достоверно различимы в исследуемых группах, начиная с 3 мес: 56,39±2,68 при РГЭ III и 69,72±2,82 при НРГЭ — через 3 мес; 71,67±1,96 при РГЭ III и 80,83±1,89 при НРГЭ — через 6 мес; 79,44±1,60 при РГЭ III и 86,11±1,50 при НРГЭ — через 12 мес (p>0,05). Следовательно, средние показатели социального функционирования в исследуемых группах достоверно различимы, начиная с 3 мес: 69,72±2,82; 80,83±1,89; 86,11±1,50 — 3; 6 и 12 мес соответственно в группе НРГЭ (p<0,05) (см. таблицу).

Средние показатели эмоционально-ролевого функционирования (пришлось уменьшить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела; выполнить меньше, чем хотели; выполняли свою работу или другие дела не так тщательно, как всегда) свидетельствуют о том, что только на 3-м месяце после хирургического лечения возникает достоверная разница в исследуемых группах: 18,52±3,60 при РГЭ III и 41,48±5,21 — при НРГЭ (p<0,05). Таким образом, показатели эмоционально-ролевого функционирования оказались достоверно значимыми только на 3-м месяце, из чего следует, что пациентки группы НРГЭ хоть и на короткий период,

но восстанавливаются после хирургического лечения быстрее, чем пациентки группы с РГЭ III (p<0,05) (см. таблицу).

Средние показатели психического состояния здоровья («Вы чувствовали себя бодрой?», «Вы сильно нервничали?», «Вы чувствовали себя такой подавленной, что ничто не могло Вас взбодрить?» и др.) не отличались у пациенток исследуемых групп до 6 мес после хирургического лечения. Достоверные различия в оценке показателей психического здоровья общего состояния здоровья появлялись с 6 мес после хирургического вмешательства и сохранялись до конца года: 70,49±1,08 при РГЭ III и 78,76±0,87 при НРГЭ — 6 мес после выполнения хирургического вмешательства; 73,87±0,90 при РГЭ III и 80,80±0,83 при НРГЭ — 12 мес (p<0,05). Анализ средних показателей психического здоровья свидетельствует о том, что уже через 6 мес после выполнения хирургического лечения пациентки с НРГЭ намного быстрее восстанавливались, чем пациентки после РГЭ III: 78,76±0,87; 80,80±0,83 — через 6 и 12 мес соответственно (p<0,05) (см. таблицу).

Вывод

Результаты проведенного анкетирования с использованием опросника SF-36 свидетельствуют о более высоких показателях КЖ у пациенток после выполнения НРГЭ по сравнению с теми, кому проводили РГЭ III без сохранения элементов тазового вегетативного нервного сплетения.

Список использованной литературы

- Подзолкова Н.М., Колода Ю.А., Никитина Т.И. (2012) Лапароскопическая гистерэктомия: влияние на сексуальную функцию. Проблемы репродукции, 18(6): 60–62.
- Стаховський Е.О., Яцина О.І., Войленко О.А. та ін. (2013) Якість життя пацієнтів після цистектомії з ілеонеопластиком. Клін. онкологія. Спец. вип., 1: 42.
- Федоренко З.П., Михайлович Ю.Й., Гулак Л.О. та ін. (2015) Рак в Україні, 2012–2013. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України, Київ, 124 с.
- Щербина И.Н., Скорбач Е.И. (2011) Новые подходы к коррекции нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств у женщин с постгистерэктомическим синдромом. Укр. вісн. психоневрології, 19(4): 124–126.
- Abrams P., Cardozo L., Khoray S., Wein A. (Eds.) (2009) 4th International Consultation on Incontinence. 5–8 July 2008, Paris, 1821 p.
- Bifulco G., De Rosa N., Tornesello M.L. et al. (2012) Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: a comparison between young and midlife survivors of gynecology early stage cancers. Gynecol. Oncol., 124(3): 444–451.
- Frazier L.M., Miller V.A., Horbelt D.V. et al. (2009) Employment and quality of survivorship among women with cancer: domains not captured by quality of life instruments. Cancer Control., 16(1): 57–65.
- Grimeil E.R., Winter R., Kapp K.S., Haas J. (2009) Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. Psychooncology, 18(5): 476–482.
- Gudbergsson S.B., Fosså S.D., Dahl A.A. (2011) Are there sex differences in the work ability of cancer survivors? Norwegian experiences from

Таблиця

Сравнение средних показателей состояния здоровья до хирургического лечения и в течение 1 года после него

Группа	До операции	После операции			
		непосредственно	через 3 мес	через 6 мес	через 12 мес
Физическое функционирование					
РГЭ III	68,11±4,55	10,56±2,07	20,67±3,40	75,78±2,83	75,78±2,83
НРГЭ	75,00±4,69	10,78±2,92	19,56±1,92	87,89±1,77*	87,89±1,77*
Физически-ролевое функционирование					
РГЭ III	66,67±5,78	66,67±5,78	15,00±3,22	76,11±3,89	72,22±4,22
НРГЭ	71,67±5,54	71,67±5,54	42,22±4,34*	85,00±3,12*	80,00±3,33
Интенсивность боли					
РГЭ III	78,44±3,75	50,78±1,37	47,20±1,31	61,53±1,59	84,36±1,92
НРГЭ	85,67±3,08	59,02±1,61*	56,38±1,33*	74,18±1,29*	90,84±1,51*
Общее состояние здоровья					
РГЭ III	69,38±2,55	66,18±2,15	66,49±2,16	72,18±1,88	75,67±1,89
НРГЭ	65,93±2,73	57,49±2,09*	59,82±2,09*	72,42±1,54	74,33±1,66
Жизненная активность					
РГЭ III	64,78±2,81	63,89±2,81	52,67±1,70	70,89±1,28	72,56±1,05
НРГЭ	55,56±2,60*	55,56±2,60*	55,22±1,88	75,78±0,87*	76,78±0,86*
Социальное функционирование					
РГЭ III	71,67±3,14	70,56±3,49	56,39±2,68	71,67±1,96	79,44±1,60
НРГЭ	68,06±3,70	68,06±3,70	69,72±2,82*	80,83±1,89*	86,11±1,50*
Эмоционально-ролевое функционирование					
РГЭ III	65,19±5,99	65,19±5,99	18,52±3,60	71,11±4,92	70,37±4,88
НРГЭ	66,67±5,61	66,67±5,61	41,48±5,21*	80,00±4,42	77,78±4,37
Психическое здоровье					
РГЭ III	59,73±3,26	59,47±3,25	59,38±2,14	70,49±1,08	73,87±0,90
НРГЭ	55,64±2,89	55,20±2,95	62,04±1,99	78,76±0,87*	80,80±0,83*

*Достоверность различий между показателями групп РГЭ III и НРГЭ (p<0,05).

the NOCWO study. Support Care Cancer, 19(3): 323–331.

Hsu W.C., Chung N.N., Chen Y.C. et al. (2009) Comparison of surgery or radiotherapy on complications and quality of life in patients with the stage IB and IIA uterine cervical cancer. Gynecol. Oncol., 115(1): 41–45.

Mols F., Thong M.S., Vreugdenhil G., van de Poll-Franse L.V. (2009) Long-term cancer survivors experience work changes after diagnosis: results of a population-based study. Psychooncology, 18(12): 1252–1260.

Torp S., Nielsen R.A., Fosså S.D. et al. (2013) Change in employment status of 5-year cancer survivors. Eur. J. Public Health, 23(1): 116–122.

Результати оцінки середніх показників якості життя у хворих на інфільтративний рак шийки матки

T.V. Dermenzhy, V.S. Svintsitskiy

Резюме. У дослідженні оцінювали якість життя у хворих на інфільтративний рак ший-

ки матки до хірургічного лікування і протягом 1 року після нього. Дані опитувальника свідчили про більш вагомий поліпшення досліджуваних характеристик якості життя (фізичного, фізично-рольового, соціального та емоційно-рольового функціонування, інтенсивності болю, життєвої активності та психічного здоров'я, а також загального стану) пацієнта після виконання нервзберігаючої радикальної гістеректомії порівняно з радикальною гістеректомією III типу без збереження елементів тазового вегетативного нервового сплетіння.

Ключові слова: якість життя, рак шийки матки, нервзберігаюча радикальна гістеректомія.

Results of evaluation of the average indexes of quality of life in patients with infiltrating cervical cancer

T.V. Dermenzhy, V.S. Svintsitskiy

Summary. In the study we evaluated the quality of life in patients with cervical infiltrating cancer before surgical treatment and for a year thereafter. The data of questionnaire showed more significant improvement of the studied characteristics of the quality of life (physical, physical role, social and emotional role functioning, the intensity of pain, vitality and mental health, as well as the general state) of patient after the nerve-sparing radical hysterectomy compared with a radical hysterectomy type III without saving elements of the pelvic autonomic nerve plexus.

Key words: quality of life, cervical cancer, nerve-sparing radical hysterectomy.

Адрес для переписки:

Дерменжи Татьяна Владимировна
03022, Киев,
ул. Михаила Ломоносова, 33/43
Национальный институт рака,
отделение онкогинекологии
E-mail: nacluf@mail.ru

Получено 25.07.2016

Реферативна інформація

Головной мозг и кишечник оказывают влияние на состояние иммунной системы



В течение последних лет ученые получили много новой информации о взаимосвязи и взаимном влиянии кишечника и головного мозга. В ходе новой работы, результаты которой были опубликованы в журнале «Current Biology», исследователи из Медицинской школы Университета Дюка (Duke University School of Medicine), Северная Каролина, США, получили доказательства того, что взаимосвязь двух указанных систем может оказывать влияние на состояние иммунитета.

Известно, что головной мозг и кишечник соединены густой сетью нейронов, которые передают сигналы о чувстве голода или сытости. Кроме того, эти соединения, к удивлению специалистов, участвуют в передаче импульсов о чувстве любви, страха, ощущении угрозы или безопасности. Для этого в нейронных сетях используются различные нейромедиаторы, в частности допамин, играющий главную роль в формировании зависимостей и возникновении ощущения награды. Результаты, полученные в ходе предыдущих исследований, дали ученым основание предполагать, что взаимодействие между головным мозгом и кишечником является важным звеном патогенеза таких патологий, как болезнь Паркинсона, аутизм, болезнь Альцгеймера, депрессия и тревожность. В данной работе исследователям удалось получить новые данные об указанном взаимодействии.

Нейролептики и кишечник

В ходе работы ученые под руководством доктора Аледжандро Абаллай (Alejandro Aballay) стремились выяснить, могут ли препараты, влияющие на активность допамина, например нейролептики, оказывать влияние на интенсивность воспалительного процесса. Другими словами, могут ли препараты, влияющие на отдельные параметры нервной системы, изменять функциональное состояние иммунной системы. Все исследования проводились на лабораторной модели — нематодах вида *Caenorhabditis elegans*, которые обладают очень простой иммунной системой и чья нервная система состоит всего из 302 нейронов. Впервые авторы работы отметили наличие взаимосвязи между двумя изучаемыми системами у нематод в 2009 г., когда воздействовали на них различными химическими веществами с целью поиска соединений, способных усиливать их защиту

против бактериальных инфекций. Из 1000 опробованных веществ команда исследователей выделила 45, оказывающих существенное влияние на иммунную систему. Половина этих соединений изменяла функциональное состояние и нервной системы, а некоторые параллельно угнетали активность допамина. Полученные результаты стали основой данной работы.

Влияние допамина на иммунную систему

В ходе данного исследования ученые сосредоточились на изучении влияния допамина и его сигнальных путей на иммунную систему нематод. Для этого они заблокировали допаминергические рецепторы с помощью хлорпромазина — препарата, применяющегося для лечения шизофрении и маниакально-депрессивного психоза. После применения препарата исследователи заразили нематод часто встречающейся бактерией — *Pseudomonas aeruginosa* — и определили, что блокирование эффектов допамина приводит к тому, что исследуемые организмы становятся более устойчивыми к бактериальной атаке. В то же время, дополнительное введение допамина повышало их восприимчивость к инфекции. Исследователи предположили, что изменение уровня допамина приводило к усилению или ослаблению интенсивности воспаления в кишечнике. Они полагают, что передача импульсов с помощью допаминергических рецепторов контролирует выраженность воспалительного ответа, предотвращая развитие аутоиммунных процессов.

Автор работы доктор А. Абаллай отметил, что у нематод существует механизм контроля над колонизацией кишечника. Подобный механизм существует и у людей, поскольку в нашем кишечнике обитают триллионы микроорганизмов, и активация противомикробной защиты должна происходить только в отношении патогенных микроорганизмов, не затрагивая при этом кишечный микробиом или собственные клетки. Он подчеркнул, что полученные результаты могут быть полезны при разработке новых препаратов или методов лечения, способных изменять выраженность воспалительного ответа. Они потенциально могут быть использованы при лечении таких патологий, как ревматоидный артрит, болезнь Крона, аутоиммунные и онкологические заболевания.

Caо X., Aballay A. (2016) Neural inhibition of dopaminergic signaling enhances immunity in a cell-non-autonomous manner. Curr. Biol., August 11 [Epub. ahead of print].

Newman T. (2016) Connections between gut, brain, and immune system strengthened. Medical News Today, August 12 (www.medicalnewstoday.com/articles/312294.php).

Юлия Котикович