

зой), инсулина (с определением индекса НОМА), мочевой кислоты, высокочувствительного С-реактивного протеина. Установлено, что сочетание артериальной гипертензии с абдоминальным ожирением приводит к существенным нарушениям состояния липидного обмена (достоверного повышения атерогенных фракций липидов), углеводного обмена (повышение гликемии натощак) и активации процессов воспаления (достоверного повышения уровня С-реактивного протеина). При ассоциации артериальной гипертензии с абдоминальным ожирением и гиперурикемией отмечалось повышение инсулинорезистентности, что может быть дополнительным фактором, который обуславливает неблагоприятную роль начальных нарушений пуринового обмена в прогрессировании артериальной гипертензии и сердечно-сосудистого риска у данных больных

Summary

CORRELATION BETWEEN DISORDERS OF LIPID METABOLISM, INITIAL CARBOHYDRATE METABOLISM AND PURINE METABOLISM AND ACTIVITY OF INFLAMMATION FACTORS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND OBESITY

Bozhko V.V., Snigurska I.O., Myloslavsky D.K., Starchenko T.G., Mynnichenko O.V.

Key words: arterial hypertension, obesity, lipid metabolism, carbohydrate metabolism, purine metabolism, inflammation factors.

91 patients with essential hypertension, who made up the main group, and 12 healthy individuals who made up a control group, passed through the examination that included general clinical and anthropometric evaluation, blood lipids and glucose (fasting and after glucose load) tests, assessment of insulin level (with detecting of HOMA index), uric acid level, high-sensitivity C-reactive protein. It was established that the combination of arterial hypertension and abdominal obesity led to significant impairments in the state of lipid metabolism (significant increase in atherogenic lipid fractions), carbohydrate metabolism (increased fasting glucose) and activation of inflammatory processes (significant increase in C-reactive protein level). It was also found out the association of hypertension, abdominal obesity and hyperuricemia increases insulin resistance that can be considered as an additional factor contributing to the primary disorders of purine metabolism in the progression of arterial hypertension and cardiovascular risk in these patients.

УДК 616.33-006.6-085

Бондарь В.Г., Гасми Мохамед Мехди

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ЖЕЛУДКА

Донецкий национальный медицинский университет

Донецкий областной противоопухолевый центр, г. Красный Лиман

С целью сравнительного изучения качества жизни пациентов с раком желудка с учетом демографических, клинических, психосоциальных факторов риска неблагоприятного прогноза в зависимости от возникновения кардиоваскулярных событий обследовали 138 больных. Все пациенты получили опросники QOL-CS; 119 (84%) из них ответили на вопросы и были включены в исследование. Стандартные параметры качества жизни, клинические проявления и перенесенное лечение рака желудка, демографические показатели оценивали с помощью линейной регрессии для идентификации факторов, влияющих на качество жизни. Установили, что пациенты с кардиоваскулярными событиями отмечали значительно худшее психологическое функционирование, ухудшение общего здоровья и жизнеспособности, снижение качества жизни. Перенесенная химиотерапия также была связана с ухудшением качества жизни. Статистическая значимость данных различий была достигнута при использовании опросника QOL-CS. Это свидетельствует, что общее состояние здоровья, жизнеспособности у пациентов с раком желудка существенно ухудшается после возникновения кардиоваскулярных событий.

Ключевые слова: качество жизни, рак желудка, выживаемость, прогноз.

Данная работа является фрагментом НИР «Розробити методи біологічного зварювання тканин, регіонарної та ендолімфатичної поліхіотерапії в комплексному лікуванні злоякісних пухлин основних локалізацій (рандомізоване дослідження)», № гос. реєстрації 0105U008713, шифр УН 06.04.10.

Клиницисты характеризуют рак желудка широким спектром клинических проявлений от медленно прогрессирующих индолентных форм до быстро прогрессирующего агрессивного заболевания. Для пациентов рак желудка обычно представляется заболеванием, которое существенно влияет на их жизнь [9,10]. Повышение выживаемости – основная цель лечения онкогематологических заболеваний. В идеале, лечение, этому способствующее, должно оптимизировать качество жизни пациентов в контексте их заболевания [3,5]. Усилия клиницистов должны

быть направлены на потенциально ухудшающие качество жизни последствия как собственно заболевания, так и его специфического лечения [4,6]. Тем не менее, больные с раком желудка остаются малоизученными в аспекте оценки качества жизни. Недостаточно данных об отсроченных эффектах течения рака желудка, его специфического лечения, коморбидных состояний и их влиянии на такие составляющие качества жизни, как здоровье и функционирование [7]. Качество жизни (КЖ), являясь комплексной характеристикой физического, психологическо-

го, эмоционального и социального функционирования человека, основанной на его субъективном восприятии, в медицинском понимании этого термина всегда связано со здоровьем. Инструменты оценки качества жизни – общие и специфические опросники, разработанные экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями Good Clinical Practis (GCP), дали возможность количественной оценки этого субъективного понятия. Это позволило расширить представление врача о состоянии больного в целом [2].

Один из наиболее широко распространенных общих опросников для оценки качества жизни – Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) [8]. По данным MedLine, SF-36 в настоящее время используется в 95% научных исследований по изучению КЖ при различных заболеваниях. Опросник Quality of Life – Cancer Survivors questionnaire (QOL-CS) является стандартным инструментом оценки качества жизни у онкологических пациентов и используется как в исследованиях, так и в клинической практике. Опросник QOL-CS адаптирован для исследований качества жизни у онкологических пациентов с длительным периодом выживания.

Цель работы

Сравнительное изучение качества жизни пациентов с раком желудка с учетом демографических, клинических, психосоциальных факторов риска неблагоприятного прогноза в зависимости от возникновения кардиоваскулярных событий.

Объект и методы исследования

Популяционную выборку набирали в 2011–2015 г. Она состояла из 138 пациентов с раком желудка, которые были под наблюдением в Донецком областном противоопухолевом центре. Все пациенты получили опросники; 119 (84%) больных ответили на вопросы и были включены в исследование. Диагноз и стадирование рака желудка производились согласно клиническим протоколам. Для достижения регрессии заболевания в соответствии с клиническими протоколами пациенты получили курсы химиотерапии по программам ELF, FLEP, PF, DCF, MVP, IrIMMc. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. После подписания информированного согласия всем пациентам проведено общеклиническое исследование, эхокардиография, доплерография трансмитрального кровотока. Исследователи строго придерживались всех требований, предъявляемых к клиническим испытаниям в соответствии с Хельсинской декларацией прав человека. Сбор данных осуществляли путем анкетирования респондентов прямым опросом. Исследование проводили по специально разработанному протоколу, соответствующему

стандартам международной методологии исследований качества жизни. После разъяснения респондентам целей проводимого опроса их информировали о том, как планируется использовать результаты исследования, и объясняли правила заполнения опросника SF-36 и QOL-CS. После этого пациенты самостоятельно однократно заполняли опросник. Модель, лежащая в основе конструкции шкал и суммарных измерений опросника SF-36, имеет три уровня: 36 вопросов; 8 шкал, сформированных из 2–10 вопросов; 2 суммарных измерения, которыми объединяются шкалы. 35 вопросов использовали для расчета баллов по 8 шкалам, 1 – для оценки динамики состояния пациентов за прошедшие 4 недели. Каждый вопрос использовали при расчете баллов однократно. КЖ анализировали по таким шкалам:

1 - Физическое функционирование (Physical Functioning (PF)) – шкала, оценивающая физическую активность (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, подъем тяжестей, а также выполнение значительных физических нагрузок).

2 - Ролевое физическое функционирование (Role Physical (RP)) – шкала, которая показывает роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение обычной деятельности, т.е. характеризует степень ограничения выполнения работы или повседневных обязанностей теми проблемами, которые связаны со здоровьем.

3 - Шкала боли (Bodily Pain (BP)) оценивает интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься нормальной деятельностью, включая работу по дому и вне его в течение последнего месяца.

4 - Общее состояние здоровья (General Health (GH)) оценивает состояние здоровья в настоящий момент, перспективы лечения и сопротивляемость болезни.

5 - Шкала жизнеспособности (Vitality (VT)) подразумевает оценку респондентом или пациентом ощущения полноты силой и энергией.

6 - Шкала социального функционирования (Social Functioning (SF)) оценивает удовлетворенность уровнем социальной активности (общением, проведением времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе) и отражает степень, в которой физическое или эмоциональное состояние респондента или пациента их ограничивает. Чем выше показатель, тем выше социальная активность за последние 4 недели.

7 - Ролевое эмоциональное функционирование (Role Emotional (RE)) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая увеличение затрат времени, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества.

8 - Психологическое здоровье (Mental Health (MH)) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, оценивает общий показатель положительных эмоций.

Чем выше был показатель по каждой шкале, тем лучше было КЖ по этому параметру. Перед подсчетом показателей 8 шкал перекодировали ответы (процедура пересчета необработанных баллов опросника в баллы КЖ) затем для получения значений каждой шкалы суммировали перекодированные ответы согласно методике, представленной авторами опросника в руководстве по применению [8]. Баллы КЖ по каждой из 8 «трансформированных» шкал рассчитывали по формуле:

$$\text{Трансформированная шкала} = \frac{[\Sigma - \text{min}]}{[\text{max} - \text{min}]} \times 100,$$

где Σ – суммарный счет шкалы; Min – минимально возможное значение шкалы; Max – максимально возможное значение шкалы.

Далее рассчитывали средние значения и стандартные отклонения для каждой шкалы. Опросник QOL-CS разработан в Национальном медицинском центре США и включает 41 вопрос, которые представляют четыре основные шкалы: физическое здоровье (слабость, нарушения аппетита, боль, нарушения сна, запоры, тошнота, нарушения менструаций или фертильности, собственная оценка общего физического здоровья), психологическое здоровье (сложность справиться с обычными обязанностями, собственная оценка качества жизни, уровень счастья, контроль событий в жизни, удовлетворенность жизнью, способность концентрироваться и запоминать, успешность, влияние болезни или лечения на внешний вид, влияние болезни или лечения на самовосприятие, стресс при установлении диагноза, при химиотерапии, стресс после ее окончания, уровень тревожности, депрессии, страх перед будущими клиническими исследованиями, второго онкологического заболевания, рецидива онкологического заболевания, прогрессирования онкологического заболевания), социальное здоровье (уровень стресса в семье, уровень поддержки членов семьи, влияние здоровья на индивидуальные взаимоотношения, влияние заболевания на сексуальные отношения, влияние заболевания и лечения на работу, на активность дома, влияние на изоляцию, на финансовые расходы), духовное здоровье (религиозная активность, духовная жизнь, влияние заболевания на духовную жизнь, неуверенность в будущем, позитивные изменения в жизни вследствие заболевания, ощущение особой миссии, связанной с заболеванием, уровень надежды). При оценке качества жизни с помощью опросника QOL-CS пациенту предлагали прочитать вопрос и решить, согласен ли он с утверждением. После это рес-

пондента просили отметить число, показывающее степень его согласия или несогласия с утверждением согласно ключу в конце каждой шкалы. Подсчет баллов основан на оценке шкалы: 0 – наихудшее значение, 10 – наилучшее значение. Кардиогемодинамику оценивали с помощью трансторакальной эхокардиографии по общепринятому методу на сканере «MyLab 50» (Италия) в М- и В-режимах эхолокации из парастернальной, субкостальной и апикальной позиции по короткой и длинной оси датчиком с частотой 2,5–3,5 MHz. Статистический анализ осуществляли с помощью программы SPSS для Windows v. 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Результаты исследований и их обсуждение

На протяжении 1 года у 45 исследуемых установили 103 кардиоваскулярных события: 25 смертей, 73 случая гемодинамически значимых аритмий, 12 эпизодов ишемии миокарда, 2 инсульта, 30 случаев сердечной недостаточности, 38 госпитализаций, связанных с кардиоваскулярными событиями. В зависимости от возникновения кардиоваскулярных событий пациентов разделили на группы. Общая их характеристика представлена в таблице 1.

Не установили значимой разницы между обеими когортами пациентов по демографическим характеристикам (возраст, пол), факторам риска (курение, артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет 2 типа, индекс массы тела, ожирение), биохимическим показателям (креатинин, общий холестерин, липопротеины низкой плотности, липопротеиды высокой плотности, глюкоза). Статистически значимых различий в гемодинамических параметрах (САД, ДАД, частота сердечных сокращений (ЧСС), фракция выброса левого желудочка (ФВ), отношение кровотока диастолического наполнения левого желудочка к кровотоку во время систолы предсердий (E/A), отношение кровотока диастолического наполнения левого желудочка к ранней диастолической миокардиальной скорости (E/E'm)) между двумя группами не обнаружили. С другой стороны, отмечена существенная разница между когортами пациентов по частоте случаев возникновения хронической сердечной недостаточности ($p < 0,001$). Все пациенты с артериальной гипертензией получали лечение согласно рекомендациям с модификацией диеты, образа жизни, приемом препаратов, а именно ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов к ангиотензину II, ацетилсалициловой кислоты или других антиагрегантов, статинов. Метформин назначен 3 (4,4%) и 3 (5,9%) пациентам с сахарным диабетом 2 типа в обеих когортах, в остальных случаях уровень глюкозы контролировали соблюдением диеты и модификацией образа жизни.

Социодемографическая и клиническая характеристика пациентов с раком желудка

Таблица 1

Значения	Группа без кардиоваскулярных событий (n=68)	Группа с кардиоваскулярными событиями (n=51)	p
Возраст, годы	61±9,01	63±8,76	0,61
Мужчины, n (%)	38 (55,8)	29 (56,8)	0,35
Артериальная гипертензия, n (%)	6 (8,8)	9 (17,6)	0,18
Дислипидемия, n (%)	15 (20,1)	13 (25,4)	0,43
Сахарный диабет 2 типа, n (%)	5 (7,4)	2 (3,9)	0,67
ИМТ, кг/м ²	27,4 (95% ДИ=23,79-31,01)	27,6 (95% ДИ=24,03-31,17)	0,59
Ожирение, n (%)	6 (8,8)	7 (13,7)	0,87
Избыточная масса тела, n (%)	10 (14,7)	11 (21,6)	0,4
Приверженность курению, n (%)	2 (2,9)	5 (9,8)	0,41
СКФ, мл/мин/1,73 м ²	103,65±18,59	102,54±16,92	0,64
Hba1c, %	5,28±0,73	5,38±0,7	0,51
Глюкоза, mmol/L	4,71±0,55	4,8±0,66	0,71
Креатинин, μmol/L	68,8±12,8	70,0±13,08	0,74
Общий холестерин, ммоль/л	4,8±0,98	4,78±0,8	0,61
ЛПНП, ммоль/л	2,99±0,88	2,9±0,75	0,44
ЛПВП, ммоль/л	1,41±0,55	1,39±0,38	0,45
САД, мм рт.ст.	121,59±17,26	118,45±13,62	0,5
ЧСС, уд/мин	80,68±9,11	76,84±9,43	0,89
ФВ, %	53,8±8,9	53,72±6,65	0,74
E/A, ед.	1,02±0,26	0,98±0,22	0,13
E/E', ед.	7,88±3,25	8,17±4,14	0,18
ИАПФ или АРАII, n (%)	8 (11,8)	22 (43,1)	<0,001
Ацетилсалициловая кислота, n (%)	56 (82,4)	47 (92,1)	0,22
Статины, n (%)	36 (52,9)	15 (29,4)	<0,01
Метформин, n (%)	3 (4,4)	3 (5,9)	0,02
Диуретики, n (%)	2 (2,9)	26 (60,8)	0,001
Антагонисты альдостерона, n (%)	2 (2,9)	15 (29,4)	0,001

Примечания: * – статистически значимая разница между двумя группами (p<0,05); ДИ – доверительный интервал; СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ЛПВП – липопротеиды высокой плотности, ЛПНП – липопротеиды низкой плотности, САД – систолическое артериальное давление, ИМТ – индекс массы тела, ФВ – фракция выброса левого желудочка, E – пиковая скорость раннего диастолического наполнения левого желудочка, A – пиковая скорость позднего диастолического наполнения левого желудочка, E' – ранняя диастолическая миокардиальная скорость, ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, АРАII – антагонисты рецепторов ангиотензина II.

В связи с тем, что признаки сердечной недостаточности чаще наблюдали в группе больных с кардиоваскулярными событиями, у них чаще использовали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты ангиотензиновых рецепторов, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, диуретики. Результа-

ты унивариантной линейной регрессии баллов по шкалам опросника SF-36 у пациентов с раком желудка без признаков кардиоваскулярных событий анализировали, для дальнейшего анализа выбирали только факторы со значениями более 0,2 или менее 0,2 (табл. 2).

Результаты анализа модели влияния факторов на шкалы опросника SF-36 у пациентов с раком желудка без кардиоваскулярных событий

Таблица 2

Факторы	FP	ELF	FLEP	DCF	lrIMMc	MVP	PS1
Возраст	-0,4***	Нс	нс	нс	-0,29*	нс	-0,28*
Mini-CHOP	-0,27*	Нс	нс	нс	нс	нс	нс
Коморбидные состояния	-0,19+	-0,20*	-0,23**	нс	нс	нс	-0,25**
Семейное положение	Нс	Нс	-0,18	нс	-0,19*	нс	-0,17*
Трудоустройство	Нс	Нс	нс	0,32**	нс	0,31**	нс

Примечания: * – статистически значимая разница между двумя группами (p<0,05); ** – статистически значимая разница между двумя группами (p<0,01); *** – статистически значимая разница между двумя группами (p<0,001).

Результаты анализа модели влияния факторов на шкалы опросника SF-36 у пациентов с раком желудка кардиоваскулярными событиями

Таблица 3

Факторы	lrIMMc	PF
Mini-CHOP	-0,24**	-0,31**
Коморбидные состояния	-0,19*	Нс

Примечания: * – статистически значимая разница между двумя группами (p<0,05); ** – статистически значимая разница между двумя группами (p<0,01).

Пожилые пациенты имели существенно более низкие баллы физического функционирования по сравнению с более молодыми больными, что свидетельствовало о значительном ограничении состояния здоровья. Пациенты с коморбидными состояниями отмечали более выраженные нарушения физического функционирования и боль по сравнению с пациентами без сопутствующей патологии. Это стало причиной ограничения состояния здоровья и физической активности пациентов вследствие боли. Работоспособности и психологического здоровья по сравнению с пенсионерами и неработающими пациентами вследствие утомления и снижения жизненной активности, наличия депрессивных и тревожных состояний, психологического неблагополучия. Результаты анализа мультивариантной линейной регрессии баллов по шкалам опросника SF-36 у пациентов с регрессией рака желудка и кардиоваскулярными событиями представлены в таблице 3.

Перенесенные курсы химиотерапии, особенно по программе Mini-CHOP, ассоциировались со снижением жизнеспособности, физического и социального функционирования, что клинически проявлялось быстрым утомлением пациентов, снижением их жизненной активности и сопровождалось значительным ограничением социальных контактов, снижением уровня общения в связи с ухудшением здоровья.

Выводы

Результаты исследования демонстрируют, что пациенты с кардиоваскулярными событиями показывают большую зависимость физического и социального функционирования от перенесенной химиотерапии. Полученные данные показывают некоторые различия между мужчинами и женщинами, в частности, женщины чаще отмечали слабость и ухудшение физического функционирования, что было связано с их эмоциональным и социальным статусом. Факторы, связанные со снижением качества жизни, включали общую слабость, тяжесть коморбидных состояний, в частности кардиоваскулярных событий, курсы химиотерапии. Пациенты сталкивались с дополнительными проблемами на рабочем месте, изменением финансового статуса, что нужно учитывать в периоде реабилитации. Необходимо отметить, что направленность изменений была схожа при применении обоих опросников, но только при использовании опросника QOL-CS наблюдали статистически значимые различия при сравнении групп больных с кардиоваскулярными событиями и без них. Это в большей степени отражает факт, что опросник QOL-CS разработан специально для пациентов с онкологическими заболеваниями с длительным периодом выживания, а SF-36 – универсальный инструмент оценки качества жизни. Необходимо отметить, что наше исследование

имеет некоторые ограничения. Многие биомаркеры (β_2 -микроглобулин, статус мутаций гена иммуноглобулина, экспрессия ZAP-70, экспрессия CD38, цитогенетические маркеры) в настоящее время используют для прогноза клинического течения рак желудка, однако неизвестно, как внедрение этих тестов в клиническую практику может влиять на повышение или снижение беспокойства пациентов. Хотя мультивариантная модель включает большое количество факторов, которые влияют на общее состояние и эмоциональный статус, она не включает абсолютно все факторы, которые могут обуславливать качество жизни пациентов. Такие факторы, как особенности характера, духовность, социальная поддержка, комплаенс пациента, должны быть изучены в дальнейших исследованиях.

Перспективы дальнейших исследований

В дальнейшем планируется на основании полученных данных улучшить результаты лечения и качество жизни больных с диссеминированным раком желудка.

Литература

1. Бондарь Г.В. Актуальные вопросы химиотерапии рака желудка / Г.В. Бондарь, А.В. Сидюк, Н.Ю. Лисовская [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 79-83.
2. Murad M. Modified therapy with 5-fluorouracil, doxorubicin, and methotrexate in advanced gastric cancer / M. Murad, F.F. Santiago, A. Petrolianu [et al.] // Cancer. – 1993. – Vol. 72, № 1. – P. 37–41.
3. Glimelius B. Initial or delayed chemotherapy with best supportive care in advanced gastric cancer / B. Glimelius, K. Hoffman, U. Haglund [et al.] // Annals of Oncology. – 1994. – Vol. 5, № 2. – P. 189–190.
4. Pyrhönen S. Randomised comparison of fluorouracil, epidoxorubicin and methotrexate (FEMTX) plus supportive care with supportive care alone in patients with non-resectable gastric cancer / S. Pyrhönen, T. Kuitunen, P. Nyandoto [et al.] // British Journal of Cancer. – 1995. – Vol. 71, № 3. – P. 587–591.
5. Boku N. Fluorouracil versus combination of irinotecan plus cisplatin versus S-1 in metastatic gastric cancer: a randomised phase 3 study / N. Boku, S. Yamamoto, H. Fukuda [et al.] // The Lancet Oncology. – 2009. – Vol. 10, № 11. – P. 1063–1069.
6. Koizumi W. S-1 plus cisplatin versus S-1 alone for first-line treatment of advanced gastric cancer (SPIRITS trial): a phase III trial / W. Koizumi, H. Narahara, T. Hara [et al.] // The Lancet Oncology. – 2008. – Vol. 9, № 3. – P. 215–221.
7. Thuss-Patience P.C. Irinotecan versus best supportive care (BSC) as second-line therapy in gastric cancer: a randomized phase III study of the Arbeitsgemeinschaft Internische Onkologie (AIO) / P.C. Thuss-Patience, A. Kretzschmar, T. Deist // Journal of Clinical Oncology. – 2009. – Vol. 27, abstract 4540.
8. Futatsuki K. Late phase II study of irinotecan hydrochloride (CPT-11) in advanced gastric cancer / K. Futatsuki, A. Wakui, I. Nakao [et al.] // Japanese Journal of Cancer and Chemotherapy. – 1994. – Vol. 21, № 7. – P. 1033–1038.
9. Boku N. Phase II study of a combination of irinotecan and cisplatin against metastatic gastric cancer / N. Boku, A. Ohtsu, Y. Shimada [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 1999. – Vol. 17, № 1. – P. 319–323.
10. Yamao T. Phase I-II study of irinotecan combined with mitomycin-C in patients with advanced gastric cancer / T. Yamao, K. Shirao, Y. Matsumura [et al.] // Annals of Oncology. – 2001. – Vol. 12, № 12. – P. 1729–1735.
11. Ajani J.A. Multicenter phase III comparison of cisplatin/S-1 with cisplatin/infusional fluorouracil in advanced gastric or gastroesophageal adenocarcinoma study: the FLAGS trial / J.A. Ajani, W. Rodriguez, G. Bodoky [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2010. – Vol. 28, № 9. – P. 1547–1553.
12. Bamias A. Phase II study of irinotecan and mitomycin C in 5-fluorouracil-pretreated patients with advanced colorectal and gastric cancer / A. Bamias, D. Papamichael, K. Syrigos [et al.] // Journal of Chemotherapy. – 2003. – Vol. 15, № 3. – P. 275–281.
13. Giuliani F. Irinotecan (CPT-11) and mitomycin-C (MMC) as second-line therapy in advanced gastric cancer: a phase II study of the Gruppo Oncologico dell' Italia meridionale (prot2106) / F. Giu-

- liani, S. Molica, E. Maiello [et al.] // American Journal of Clinical Oncology. - 2005. - Vol. 28, № 6. - P. 581–585.
14. Kim S.H. A phase II study of irinotecan, continuous 5-fluorouracil, and leucovorin (FOLFIRI) combination chemotherapy for patients with recurrent or metastatic gastric cancer previously treated with a fluoropyrimidine-based regimen / S.H. Kim, G.W. Lee, S.I. Go [et al.] // American Journal of Clinical Oncology. - 2010. - Vol. 33, № 6. - P. 572–576.
15. Hironaka S. Weekly paclitaxel as second-line chemotherapy for advanced or recurrent gastric cancer / S. Hironaka, S. Zenda, N. Boku [et al.] // Gastric Cancer. - 2006. - Vol. 9, № 1. - P. 14–18.

Реферат

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ШЛУНКА

Бондарь В.Г., Гасмі Мохамед Мехді

Ключові слова: якість життя, рак шлунка, виживання, прогноз.

З метою порівняльного вивчення якості життя пацієнтів із раком шлунка з урахуванням демографічних, клінічних, психосоціальних факторів ризику несприятливого прогнозу залежно від виникнення кардіоваскулярних подій обстежили 138 хворих. Усі пацієнти отримали опитувальники QOL-CS; 119 (84%) із них відповіли на питання і були залучені в дослідження. Стандартні параметри якості життя, клінічні прояви і попереднє лікування раку шлунка, демографічні показники оцінювали за допомогою лінійної регресії для ідентифікації факторів, що впливають на якість життя. Встановили, що пацієнти з кардіоваскулярними подіями відзначали суттєво гірше психологічне функціонування, погіршення загального здоров'я і життєздатності, зниження якості життя. Попередня хіміотерапія також була пов'язана з погіршенням якості життя. Статистична значущість цих відмінностей досягнута тільки при використанні опитувальника QOL-CS. Це свідчить, що загальний стан здоров'я, життєздатності у пацієнтів із раком шлунка суттєво погіршується після виникнення кардіоваскулярних подій.

Summary

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH STOMACH CANCER

Bondar V.G., Gasmi M.M.

Key words: quality of life, stomach cancer, survival, prognosis.

This study was designed to compare the quality of life in patients with gastric cancer considering demographic, clinical, psychosocial risk factors of unfavourable prognosis depending on the occurrence of cardiovascular events. We examined 138 patients, all of them received QOL-CS questionnaires; 119 (84%) of them answered the questions and were involved in the study. Parameters of quality of life, clinical manifestations and previous treatment of gastric cancer, demographic parameters were assessed by linear regression to identify factors affecting the quality of life. Patients who had cardiovascular events reported significantly worse psychological well-being, general health, less vitality and health-related quality of life than patients who had no cardiovascular events. Patients who were not diagnosed cardiovascular events reported better social well-being than patients who were diagnosed cardiovascular events. The observed differences in quality of life were significant only when they were measured with the QOL-CS, and not with the SF-36. The general health perceptions and vitality levels of stomach cancer survivors with cardiovascular events remained significantly lower than those of patients without cardiovascular events.