

Влияние радикального хирургического лечения на качество жизни больных раком шейки матки

Т.В. Дерменжи, В.С. Свинцицкий,
С.В. Неспрядько,
А.И. Яцина, А.В. Кабанов

Национальный институт рака
Институт урологии НАМН Украины
Киевский Национальный
Университет им. Т. Шевченка

Удельный вес больных раком женской репродуктивной сферы за последние 5 лет среди всех онкологических заболеваний обоих полов составил около 19 %. По причине смертности злокачественные опухоли женских половых органов занимают второе место, а среди женщин работоспособного возраста – первое, что указывает на чрезвычайную актуальность проблемы злокачественных новообразований женской репродуктивной системы [11].

В настоящее время наиболее распространенной и часто применяемой в мире операцией для лечения инвазивного рака шейки матки (РШМ) IV–IVB стадий является расширенная экстирпация матки с придатками (или без придатков), известная повсеместно как операция Вертгейма [2].

Хирургические операции по поводу РШМ часто сопровождаются нарушением нормального функционирования мочевыделительной и половой систем, что оказывает существенное влияние на качество жизни (КЖ) пациенток [16, 36].

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, недержание мочи разной степени, сексуальные дисфункции, лимфостаз, анемия; при лучевом – циститы, ректиты, окклюзия влагалища, эпидермит; при комбинированном – часто встречаются сочетания этих осложнений [1, 3]. Кроме того, отдаленные последствия радикальных расширенных операций и длительного облучения приводят к утрате качественных характеристик жизни (физических, психологических и социальных), с возможной инвалидизацией женщин. Одной из причин этих нарушений со стороны мочеполовой системы является травма вегетативного тазового нервного сплетения во время выполнения радикальной гистерэктомии у больных РШМ, сопровождающиеся метаболическими, нейро-ве-

гетативными, психоэмоциональными расстройствами. Цель терапии в настоящее время – это не только сохранение жизни, но и КЖ пациентки путем внедрения в хирургическую практику нейросохраняющих операций [28–30].

КЖ в настоящее время рассматривается как конечная цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических и социальных программ помощи больным. Увеличение сроков выживания поднимает вопрос не только о том, сколько лет прожила пациентка, но и как она их прожила. Анкетный опрос 108 больных РШМ указывает на трудность в общении и социальную изоляцию пациенток, при этом 63% женщин сообщают о некоторой форме опасения, включая опасения боли и смерти [22]. Это подтверждается исследованиями, при которых выявлены нарушения в психоэмоциональной сфере у 49% больных [35]. Однако, указанные расстройства, в том числе сексуальная дисфункция, возникающая в первые 6-12 мес. после лечения, исчезают через некоторое время. Некоторые авторы указывают на длительный восстановительный период (около 24 мес.) [18]. На основании ретроспективных данных 173 больных РШМ после радикального лечения выявлены серьезные сексуальные проблемы из-за уменьшения размеров влагалища, которые возникают в течение первых 6 мес. после лечения [26]. Кроме того, диспареуния беспокоит больных в течение первых 3 мес., сексуальная неудовлетворенность сохраняется в течение 5 нед., а постоянный недостаток сексуального интереса сопровождает первые 12 мес. после радикального лечения. Сексуальная активность восстанавливается спустя 12 мес. после операции у большинства (91 %) ранее сексуально активных пациенток. Но у двух третей онкологических пациентов утрачивается интерес к внутрисемейным отношениям, что, вероятнее всего, связано с депрессивными расстройствами вследствие утраты привлекательности, инвалидизации [8].

Согласно рекомендациям ВОЗ к основным критериям КЖ относятся: физические (сила, энергия, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные эмоции, мышление, обучение, запоминание, самооценка, внешний вид, переживания); уровень самостоятельности (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); общественная жизнь (личные отношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, возможность обучения и повышения квалификации); духовность (религия, убеждения). Под КЖ понимается степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Следует различать понятия «КЖ вообще» (Quality of Life) и «КЖ, связанного с состоянием здоровья» (Health-Related Quality of Life). «Инструментами измерения» КЖ являются опросники и визуальные аналоговые шкалы [15, 24]. Основные требования, предъявляемые к опроснику для оценки КЖ: опросник должен адекватно оценивать КЖ и проявлять динамику изменения состояния здоровья, в том числе и в ответ на лечение; исследование КЖ необходимо проводить в рамках контролируемых клинических испытаний по правилам ICHGCP [6, 9]; результаты исследования должны быть сопоставимы с другими клиническими измерениями; требование использовать в клинических исследованиях только обоснованные шкалы, которые прошли лингвистическую и межкультурную адаптацию.

Подчеркнем, что именно SF-36 широко распространен и расценивается как стандарт общего инструмента оценки КЖ, самостоятельно заполняется и количественно определяет КЖ, связанное со здоровьем, в многовопросительных шкалах. Шкалы обращены к 11 составляющим здоровья (физическая функция, ограничение роли вследствие физических проблем, общее влияние боли, общее восприятие здоровья, социальная функция, эмоциональное благополучие, ограничения вследствие эмоциональных проблем, энергичность и усталость) [4, 6, 9, 20, 27, 36].

КЖ оказывается основным критерием в том случае, если нет достоверных различий в выживаемости между группами больных, включенных в протокол исследования. Именно на основании критериев КЖ может быть сделан выбор правильной программы лечения заболевания. Изучение КЖ больного до начала и в процессе

лечения позволяет получить многомерную информацию о индивидуальной реакции человека на болезнь и терапию. Анализ КЖ при планировании программы лечения является важным с точки зрения учета индивидуальных черт больного. Таким образом, при распространенной стадии заболевания основная цель поддерживающей и симптоматической терапии – это улучшение КЖ больного.

Наиболее близким по чувствительности к нашему методу является опросник (Functional Assessment of Cancer Therapy of cervix) FACT-Cx, но он не обоснован в Украине. В силу различных социально-экономических условий опросник не приемлем для украинок.

Шкала функциональной оценки лечения больных РШМ включает следующие параметры: оценку параметров половой функции, оценку показателей мочевыделительной функции, оценку параметров общего состояния пациентки [17, 19, 21, 23, 25, 31–34].

Анализ материалов отечественной литературы показал, что вопросы КЖ у онкологических больных, в частности больных РШМ после радикального лечения остаются неисследованными. Это требует более тщательного изучения этого раздела онкологии и разработки новых или усовершенствования существующих функциональных шкал оценки КЖ у больных раком шейки матки после радикального лечения [5, 7, 10, 12, 13, 14].

Литература

1. Бахшиян Э. Р. Комплексное лечение местнораспространенного рака шейки матки : автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра. мед. наук / Э. Р. Бахшиян – Ереван, 2006. – 44 с.
2. Вернер П. Радикальная операция Вертгейма при раке шейки матки / П. Вернер, Ю. Зедерль. – М. : Медицина, 1960. – 74 с.
3. Вінницька А. Б. Рак шийки матки: оптимізація програм комбінованого лікування: автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.01.07 / А. Б. Вінницька. – Киев, 2005. – 33 с.
4. Ионова Т. И. Понятие качества жизни больных онкологического профиля / Т. И. Ионова, А. А. Новик, Ю. А. Сухонос // Онкология. – 2000. – Т. 2, № 1–2. – С. 25–28.
5. Качество жизни больных раком шейки матки I, II стадий после радикальных методов лечения / Е. А. Ульрих, З. А. Тамбиева, А. Ф. Урман-

- чеева [и др.] // Вопросы онкологии. – 2004. – № 6. – С. 717721.
6. Киселев Е. Н. Оценка качества жизни в онкоуродогии / Е. Н. Киселев, М. И. Карелин, А. А. Арзуманов // Качественная клиническая практика. – 2003. – № 2. – С. 23-32.
7. Купрієнко М. В. Рак шийки матки: вирішення проблем радикального лікування і збереження якості життя хворих / М. В. Купрієнко, Н. Г. Семикоз, В. Г. Шлопов. – Донецьк: Каштан, 2005. – 379 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Учебное пособие / В. Д. Менделевич. – 6-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
9. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.: ОЛМА, Спб.: Нева, 2002.
10. Подзолкова Н. М. Лапароскопическая гистерэктомия: влияние на сексуальную функцию / Н. М. Подзолкова, Ю. А. Колода, Т. И. Никитина // Пробл. репродукции. – 2012. – Т. 18, № 6. – С. 60-62.
11. Рак в Україні, 2013-2014. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З. П. Федоренко, Ю. Й. Михайлович, Л. О. Гулак [та ін.]; гол. ред. О. О. Колеснік // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – К., 2014. – № 15. – 124 с.
12. Рудь В. А. Особенности психического состояния пациенток в пред- и послеоперационный периоды гистерэктомии / В. А. Рудь // Репродуктивное здоровье. – 2007. – № 2. – С. 223-224.
13. Рудь В. О. Вплив гістеректомії в репродуктивному віці на зміни вегетативної нервової системи / В. О. Рудь // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 3. – С. 95-97.
14. Ульрих Е. А. Качество жизни больных злокачественными эпителиальными опухолями матки до и после радикального лечения / Е. А. Ульрих, О. Н. Михеева, А. Ф. Урманчеева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. 57, вып. 1. – С. 36-40.
15. Функциональная оценка илеального мочевого пузыря у больных, подвергшихся радикальной цистэктомии / Э. А. Стаховский, О. А. Войленко, П. С. Вукалович [и др.]; VI съезд онкологов и радиологов стран СНГ, 1-4 октября 2010, Душанбе. – Душанбе, 2010.
16. A comparison of urinary complications following total laparoscopic radical hysterectomy and laparoscopic pelvic lymphadenectomy to open abdominal surgery / S. Uccella, R. Laterza, G. Ciravolo [et al.] // Gynecol. Oncol. – 2007. – Vol. 107. – P. S147-149.
17. A systematic review of acute and late toxicity of concomitant chemoradiation for cervical cancer / J. M. Kirwan, P. Symonds, J. A. Green [et al.] // Radiother. Oncol. – 2003. – Vol. 68. – P. 217-226.
18. Andersen B. L. Predicting sexual and psychologic morbidity and improving the quality of life for women with gynecologic cancer / B. L. Andersen // Cancer. – 1993. – Vol. 71, № 4. – P. 1678-1690.
19. Breslin S. Quality of life: how it is measured and defined? / S. Breslin // Urol. Int. – 2001. – Vol. 46. – P. 246-248.
20. Change in employment status of 5-year cancer survivors / S. Torp, R. A. Nielsen, S.D. Fossa [et al.] // Eur. J. Public. Health. – 2013. – Vol. 23. – P. 116-122.
21. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-Analysis Collaboration / Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and metaanalysis of individual patient data from 18 randomized trials // J. Clin. Oncol. – 2008. – Vol. 26. – P. 5802-5812.
22. Compensation for changes in dose-rate in radical low-dose-rate brachytherapy: a radiobiological analysis of a randomised clinical trial / S. A. Roberts, J. H. Hendry, R. Swindell [et al.] // Radiother. Oncol. – 2004. – Vol. 70, № 1. – P. 63-74.
23. Concomitant chemotherapy and radiation therapy for cancer of the uterine cervix / J. Green, J. Kirwan, J. Tierney [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2005. – Vol. 3, № 3. – P. CD002225.
24. Donovan K. Measuring quality of life in cancer patient / K. Donovan, R. W. Sanson-Fisher, S. Redman // J. Clin. Oncol. – 1989. – Vol. 7. – P. 959-962.
25. Jackson K. S. Pelvic floor dysfunction and radical hysterectomy / K. S. Jackson, R. Naik // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2006. – Vol. 16. – P. 354-363.
26. Jensen T. Early-Stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function / T. Jensen, M. Groenvold // Cancer. – 2004. – Vol. 100, № 1. – P. 97-106.
27. Laparoscopic total radical hysterectomy by the Pune technique: our experience of 248 cases / S.P. Puntambekar, R. J. Palep, S. S. Puntambekar [et al.] // J. Minim. Invasive. Gynecol. – 2007. – Vol. 14. – P. 682-689.
28. Li C. Quality of life in long-term survivors of cervical cancer / C. Li // Maturitas. – 1999. – Vol. 32, № 2. – P. 95-102.
29. Nerve-sparing class III radical hysterectomy: a modified technique to spare the pelvic auto-

onomic nerves without compromising radicality / K. Charoenkwan, J. Srisomboon, P. Suprasert [et al.] // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2006. – Vol. 16. – P. 1705-1712.

30. Oncologic results and surgical morbidity of laparoscopic nerve-sparing radical hysterectomy in the treatment of FIGO stage IB cervical cancer: long-term follow-up / N. Y. Park, G. O. Chong, D. G. Hong [et al.] // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2011. – Vol. 21. – P. 355-362.

31. Peteet J.R. Cancer and the meaning of work / J. R. Peteet // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2000. – Vol. 22. – P. 200-205.

32. Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study / E.R. Greimel, R. Winter, K.S. Kapp, J. Haas // Psychooncology. – 2009. – Vol. 18. – P. 476-482.

33. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors / M. Frumovitz, C. C. Sun, L. R. Schover [et al.] // Oncol. – 2005. – Vol. 23. – P. 7428-7436.

34. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population / S. Y. Park, D. S. Bae, J. H. Nam [et al.] // Cancer. – 2007. – Vol. 110. – P. 2716-2725.

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

36. Vesical dysfunctions after radical hysterectomy for cervical cancer: a critical review / M. A. Zullo, N. Mancini, R. Angioli [et al.] // Crit. Rev. Oncol. Hematol. – 2003. – Vol. 48. – P. 287-293.

ВЛИЯНИЕ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

*Т.В. Дерменжи, В.С. Свиницкий,
С.В. Неспрядько, А.И. Яцина, А.В. Кабанов*

Обширное радикальное лечение (радикальная гистерэктомия) приводит к инвалидизации женщин, связанной с мочеполовыми расстройствами, что отражается на физическом, функциональном, эмоциональном и социально-семейном благополучии. Общепринятым на сегодня положением можно считать то, что конечным результатом лечения онкологического больного является уменьшение страданий пациента и увеличение длительности его жизни. Эта цель тер-

минологически определяется улучшением качества жизни. Качество жизни в настоящее время рассматривается как конечная цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических и социальных программ помощи больным.

Ключевые слова: качество жизни, нейросохраняющие операции, рак шейки матки.

ВПЛИВ РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ

*Т.В. Дерменжи, В.С. Свіницький,
С.В. Неспрядько, О.І. Яцина, О.В. Кабанов*

Велике радикальне лікування (радикальна гістеректомія) призводить до інвалідизації жінок, пов'язаної з сечостатевими розладами, що відбивається на фізичному, функціональному, емоційному та соціально-сімейному благополуччі. Загальноприйнятим на сьогодні положенням можна вважати те, що кінцевим результатом лікування онкологічного хворого є зменшення страждань пацієнта та збільшення тривалості його життя. Ця мета термінологічно визначається поліпшенням якості життя. Якість життя нині розглядається як кінцева мета реалізації складного комплексу медичних, психологічних та соціальних програм допомоги хворим.

Ключові слова: якість життя, нейрозберігаючі операції, рак шийки матки.

INFLUENCE OF RADICAL SURGICAL TREATMENT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CERVICAL CANCER

*T. Dermenzhy, V. Svintsitsky,
S. Nespryadko, O. Yatsyna, O. Kabanov*

Major radical therapy (radical hysterectomy) leads to disability related to genitourinary malfunctions what in turn is reflected in physical, functional, emotional and socio-familial well-fare. Presently it is well recognized that the therapy of cancer patient should result in decrease of patient's distress and longer survival. This aim is termed as an improved quality of life. Nowadays quality of life is considered as a final aim of realization of the complex of medical, psychological and social programs for patient's care.

Key words: quality of life, neuro-preserving surgery, cervical cancer.