

Піддубна О.О., Литвиненко Н.В.
УДК 612.8.04

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ГЕМОБЛАСТОЗИ З УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ*

Піддубна О.О., Литвиненко Н.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Неврологические нарушения при онкогематологических заболеваниях относятся к числу вторичных поражений нервной системы и объединяют разные по механизмам развития и локализации патологические состояния нервной системы, связанные с опухолевыми заболеваниями системы крови, что значительно ухудшает течение основного заболевания. Исследования качества жизни (КЖ) в медицине позволяет получить информацию о состоянии физического, эмоционального и психологического состояния пациента, изучить динамику заболевания и оценить эффективность лечения. Были исследованы уровень качества жизни и синдромологические особенности поражения нервной системы у больных гемобластозами. Для этого проведено комплексное клинично-неврологическое обследование с исследованием уровня КЖ по опроснику SF-36 у 77 больных гемобластозами. В зависимости от типа основного заболевания больные были разделены на 3 группы: больные хронический лимфолейкоз (27 человек), пациенты с множественной миеломой (24 человека) и больные хроническим миелолейкозом (26 человек). Контрольную группу составили 23 пациента соответствующего возраста и гендерного распределения. По результатам исследования выявлено достоверное снижение всех показателей опросника SF-36 у больных гемобластозами с поражением нервной системы по сравнению с контрольной группой. Поражение нервной системы у больных гемобластозами было обусловлено влиянием совокупности различных факторов, одним из которых можно считать поражения центральной и периферической нервной системы.

Ключевые слова: гемобластоzy, поражения нервной системы, качество жизни

Вступ

За останній час стає все більш актуальною проблема злоякісних мієло- та лімфопроліферативних захворювань, що пов'язано з прогресуючим збільшенням їх частоти у структурі гемобластозів [1]. Гемобластоzy – злоякісні новоутворення кровотворних тканин, при яких первинне пухлинне ураження починається у стовбуровій, мієлоїдній чи лімфоїдній гемопоетичних клітинах кісткового мозку. До нозологічних форм гемобластозів включають гострі та хронічні лейкози (лейкемії), мієлодиспластичні синдроми (множинна мієлома) [2]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я онкологічні захворювання займають друге місце серед усіх причин смертності населення у світі. Неврологічні порушення при онкогематологічних захворюваннях відносяться до числа вторинних уражень нервової системи та об'єднують різні за механізмами розвитку та локалізації патологічні стани нервової системи, пов'язані з пухлинними захворюваннями системи крові, що значно погіршує перебіг основного захворювання [11].

Дослідження якості життя (ЯЖ) у медицині дозволяє отримати інформацію про стан фізичного, емоційного та психологічного функціонування пацієнта, вивчити динаміку захворювання та оцінити ефективність лікування. У соціологічному розумінні "якість життя" може бути визначена як ступінь комфортності людини всередині себе і в рамках суспільства [3,4]. В онкогематології дослідження якості життя проводяться більше тридцяти років. Національним інститутом раку США (NCI) та Американським товариством клінічної онкології (ASCO) визначено, що ЯЖ є другим за значимістю критерієм виживання з оцінкою результатів протипухлинної терапії [5]. Згідно з рекомендаціями Food and Drug Administration (FDA) (США, 1985, 2009), оцінку ЯЖ хворого слід включати до протоколів клінічних досліджень, пов'язаних з впровадженням нових

лікарських препаратів в онкогематології. Незважаючи на те, що методи оцінки ЯЖ в зарубіжній гематології застосовують з 1986 року, єдиних критеріїв і стандартних норм даного параметру не існує, для кожного регіону і різних груп населення вони мають свою умовну норму [6]. Зміни показників ЯЖ, які виявляються опитуваннями, повинні зіставлятися з клінічним станом хворого [3,7]. Для оцінки ЯЖ хворих на гемобластоzy використовуються як загальні, так і спеціальні опитувальники [6]. Загальні і специфічні опитувальники, розроблені експертами провідних світових клінічних центрів відповідно до принципів доказової медицини та вимогами Good Clinical Practis (GCP), створили можливість кількісної оцінки ЯЖ, що дозволило розширити уявлення лікаря про стан хворого в цілому. В сучасній літературі відсутні дослідження якості життя у пацієнтів із патологією нервової системи на фоні гемобластозів.

Метою даного дослідження було співставлення показників якості життя у хворих на гемобластоzy та синдромологічними особливостями ураження нервової системи.

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 77 хворих на гемобластоzy, які перебували на стаціонарному лікуванні у гематологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського протягом 2015-2016 рр. Пацієнти були розподілені на 3 групи: першу групу склали хворі на хронічний лімфолейкоз (ХЛЛ - 27 осіб), другу - 24 пацієнти із множинною мієломою (ММ), третю - 26 хворих на хронічний мієлолейкоз (ХМЛ). Середній вік пацієнти у першій групі сягав 61,2±2,33 роки, у другій групі 57,4 ±1,95 років, у третій групі – 63,1±3,61 років. Гендерний розподіл у групах мав такий вигляд: першу групу склали 15 чоловіків (55,5%) та 12 жінок (44,4%), другу групу - 7 осіб чоло-

* Цитування при атестації кадрів: Піддубна О.О., Литвиненко Н.В. Оцінка якості життя у хворих на гемобластоzy з ураженням нервової системи гіпертензією // Проблеми екології і медицини. – 2016. – Т. 20, № 1-2. – С. 10–12.

вічої статті (29,1%) та 17 осіб жіночої статті (70,9%), третю групу- 13 чоловіків (50%) та 13 жінок (50%). Медіана тривалості захворювання у першій групі становила 3 роки (діапазон від 9 міс до 8 років), у другій групі - 3 роки (діапазон від 7 місяців до 9 років), у третій групі – 4 роки (діапазон від 1 року до 22 років).

Групу порівняння за опитувальником SF-36 склали 23 пацієнти відповідного віку та гендерного розподілу (середній вік сягав 60,9 +1,7 років), у яких була виключена гематологічна патологія. У даній групі була діагностована дисциркуляторна енцефалопатія I-II ст. у 16 пацієнтів (69,56%).

Для оцінки ЯЖ використовували опитувальник SF-36 [8,9]. Опитувальник складався з 36 питань, котрі формували 8 шкал (табл. 1).

Таблиця 1
Шкали опитувальника SF-36

№	Шкали опитувальника	Скорочене найменування шкали
1	Фізичне функціонування	ФФ
2	рольове фізичне функціонування	РФФ
3	Біль	Б
4	загальне здоров'я	ОЗ
5	життєва активність	ЖА
6	соціальне функціонування	СФ
7	рольове емоційне функціонування	РЕФ
8	психологічне здоров'я	ПЗ

Кількість запитань в кожній зі шкал варіювала від 2 до 10. На кожне із запитань пропонувались 2-6 варіантів відповідей. Відповіді на запитання були подані у вигляді шкал Лікерта з горизонтально або вертикаль-

но розміщеними варіантами відповідей на запитання. Респондент відповідав на запитання, обираючи один із запропонованих варіантів відповідей. Після переводу даних у бали ЯЖ результати дослідження по кожній із восьми шкал виражали у балах (від 0 до 100). Кількість балів за шкалою опитувальника SF-36 прямопропорційно було пов'язано з показником якості життя.

У всіх хворих проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження з визначенням частоти основних неврологічних синдромів. Варто зауважити, що у всіх пацієнтів наявність патології нервової системи до початку основного захворювання була ретроспективно виключена (згідно анамнестичних даних пацієнта та даних медичної документації).

Отримані в процесі обстеження пацієнтів кількісні показники обробляли методами математичної статистики з розрахунком середніх вибірових значень (М) та помилок середніх значень (m) у групах обстежених пацієнтів. Вірогідність відмінностей отриманих результатів для різних груп визначалася за допомогою t-критерію надійності Ст'юдента. Відмінності вважалися статистично значимими при загальноприйнятій у медико-біологічних дослідженнях імовірності помилки $p < 0,05$ [10]. Статистична обробка матеріалу виконувалась за допомогою табличного редактору Microsoft Excel.

Результати та їх обговорення

Проведений аналіз отриманих результатів згідно опитувальника SF-36 довів, що у хворих на гемобластози з ураженням нервової системи всі показники ЯЖ були статистично значно нижчими за показники контрольної групи. Отримані результати представлені у таблиці 2.

Таблиця 2
Показники якості життя по SF-36 при різних видах гемобластозів

Показники ЯЖ, бали	Групи пацієнтів			
	контрольна група (n=23)	I група (ХЛЛ, n=27)	II група (ММ, n=24)	III група (ХМЛ, n=26)
фізичне функціонування	60,43±2,41	41,66±2,10*	54,37±1,93 **	26,73±5,47* ** **
рольове фізичне функціонування	60,63±4,01	35,18±4,06 *	46,87±5,06** **	33,65±7,71* ** **
Біль	79,56±2,51	50,11±3,62*	49,25±2,39*	42,92±5,89*
загальне здоров'я	67,95±2,13	48,59±1,99*	53,16±2,41*	48,15±2,94*
життєва активність	68,47±1,21	49,44±1,54*	55,0±1,16* **	25,38±4,64* ** **
соціальне функціонування	83,69±1,13	47,77±4,57*	65,10±4,38* **	40,09±6,03* ** **
рольове емоційне функціонування	92,73±2,11	51,81±5,71*	56,90±6,17*	32,03±1,50* ** **
психологічне здоров'я	70,13±0,97	46,07±2,79*	56,16±0,81* **	42,00±3,33* ** **

Примітка: * - достовірні відмінності у порівнянні з контрольною групою ($p_1 < 0,05$);

** - достовірні відмінності у порівнянні з першою групою ($p_2 < 0,05$);

*** - достовірні відмінності у порівнянні з другою групою ($p_3 < 0,05$).

Порівняння показників ЯЖ за опитувальником SF-36 при всіх видах гемобластозів у хворих з ураженням нервової системи дозволило встановити зниження показників за переважною кількістю шкал порівняно з контрольною групою. Виявлені відмінності свідчили про те, що онкогематологічний процес з ураженням нервової системи призводить до погіршення загального фізичного стану хворої людини. Негативна динаміка показнику СФ при всіх видах гемобластозів (який ґрунтувався на задоволеності рівнем своєї соціальної активності) свідчила про те, що при гемобластозах

страждав не тільки фізичний, але й психологічний стан хворих. Показники РЕФ та РФФ відбивали вплив фізичного та емоційного стану на рольове функціонування, тобто, передбачали оцінку ступеню, в якому фізичний та емоційний стан людини заважав виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності. При цьому максимальне зниження показників за шкалами ФФ, ЖА, РЕФ, встановлено при ХМЛ з ураженням нервової системи порівняно з іншими групами гемобластозів. При множинній мієломі значення показників більшості шкал (ФФ, РФФ, ЖА, СФ, ПЗ) були вірогід-

но вищими порівняно з іншими видами гемобластозів. Потрібно наголосити, що показники шкали фізичного функціонування та рольових обмежень, що виявляли ступінь обмеження фізичного навантаження у хворих на гемобластози мали найнижчі значення у порівнянні з іншими шкалами опитувальника.

Проведене обстеження стану нервової системи у пацієнтів із гемобластозами виявило певні відмінності між групами досліджуваних пацієнтів. Отримані дані наведені у таблиці 3.

Таблиця 3
Порівняльна характеристика синдромологічних особливостей уражень нервової системи у пацієнтів із гемобластозами

Синдроми	Групи пацієнтів						Всього	% від загальної когорти
	I група (ХЛЛ, n = 27)		II група (ММ, n = 24)		III група (ХМЛ, n = 26)			
	n	%	n	%	N	%		
енцефалопатичний	25	92,5	19	79,2	20	76,9	64	83,1
мієлопатичний	-	-	4	16,6	2	7,7	6	7,8
нейропатичний	20	74,1	11	45,8	10	41,6	41	53,2
полінейропатичний	4	14,8	20	83,3	-	-	24	31,2
радикулопатичний	15	55,5	9	37,5	6	25	30	38,9

Отримані дані синдромологічних особливостей уражень нервової системи свідчили, що у першій групі хворих (ХЛЛ) переважали порушення церебральних функцій, ураження корінців та мононейропатії (енцефалопатичний, нейропатичний, радикулопатичний синдроми). У пацієнтів другої групи (ММ) домінувало множинне ураження периферичних нервів (полінейропатичний синдром). Клінічний перебіг ХМЛ у пацієнтів третьої групи супроводжувався досить високою частотою ураження головного мозку (енцефалопатичний синдром у 76,9% хворих), відсутністю чітких ознак полінейропатії та найнижчою частотою мононейропатії та радикулопатії порівняно з іншими видами гемобластозів.

Висновки

1. При дослідженні рівня якості життя у хворих на гемобластози з ураженням нервової системи у порівнянні із контрольною групою було встановлено достовірне зниження всіх показників опитувальника SF-36.

2. У пацієнтів із ХМЛ виявлені найнижчі показники якості життя за шкалами фізичного функціонування, життєвої активності та рольового емоційного функціонування.

3. У хворих на ММ встановлений найбільш високий ступінь якості життя за показниками фізичного функціонування, рольового фізичного функціонування, життєвої активності, соціального функціонування та психологічного здоров'я.

4. Порівняння синдромологічних особливостей уражень нервової системи у пацієнтів з гемобластозами дозволило визначити, що у хворих на ХЛЛ переважали енцефалопатичний (92,5%), нейропатичний (74,1%) та радикулопатичний (55,5%) синдроми; у хворих на ММ – полінейропатичний синдром (83,3%); у пацієнтів із ХМЛ значно рідше виявлялись ознаки уражень периферичної нервової системи.

5. Ураження нервової системи у хворих на гемобластози було обумовлено впливом сукупності різних факторів, одним з яких можна вважати ураження центральної та периферичної нервової системи.

Література

1. Поддубная И.В. Неходжкинские лимфомы. Клиническая онкогематология: руководство для врачей / И.В. Поддубная – Москва: Медицина, 2007. – 724-711 с.
2. Глузман Д.Ф. Опухоли кроветворной и лимфоидной тканей (цитоморфология, иммуноцитохимия, алгоритмы диагностики) / Д.Ф. Глузман, Л.М. Скляренко, В.А. Надгорная.- Киев: ДИА, 2008.- 196 с.
3. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд.- Санкт-Петербург, 2006.- 140 с.
4. Anderson R.T. Critical review of the international assessment of health-related quality of life / R.T. Anderson, N.K. Aaronson, D. Wilkin. – New York: Qual. Life Res, 2003. – 369-395 p.
5. ASCO. Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines: Journ. in 14 v. V. 3 / J. Clin. Oncol., 2006. - 671-679 p.
6. Новик А.А. Оценка качества жизни больного в медицине / А.А. Новик, С.А. Матвеев, Т.И. Ионова. – Санкт-Петербург: Клин. мед., 2000. - 10 с.
7. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: [науч. обзор] / под ред. Орлова В.А. и др. – Москва: Серия: Медицина и здравоохранение, 2002. - 66 с.
8. Efficace F. GIMEMA and EORTC Quality of Life Group. Time for a new era in the evaluation of targeted therapies for patients with chronic myeloid leukemia: Inclusion of quality of life and other patient-reported outcomes / F.Efficace, K. Cocks, M. Breccia et al. // Crit. Rev. Oncol. Hematol. – 2012.- №2. – p. 123-35.
9. Bevans M.F. Function, Adjustment, Quality of Life and Symptoms (FAQS) in Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT) Survivors: A Study Protocol / M.F. Bevans, S.A. Mitchell, A.J. Barrett et al. // Health and Quality of Life Outcomes. - 2011. - №9, - p.176.
10. Біостатистика : [підруч. для студ.] / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, М.В. Голубчиков, Б.О. Ледошук. – Київ : Книга плюс, 2009. – 184 с.
11. Pathology and genetics of tumors of haematopoietic and lymphoid tissues / E.S. Jaffe, N.L. Harris, H. Stein, Y.W. Vardiman. - Lyon: IARC Press, 2001. - 351 p.