

**В. В. Огоренко**, канд. мед. наук  
Днепропетровская государственная медицинская академия  
(г. Днепропетровск)

## ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (Обзор литературы)

В статье рассмотрены материалы о состоянии вопроса изучения качества жизни (КЖ) больных с новообразованиями головного мозга в сравнении с аналогичными исследованиями при онкологической патологии других локализаций. Приведены данные о существенных отличиях популяции больных с опухолями головного мозга. Показано, что анализ КЖ при планировании программы лечения представляет значительные трудности ввиду особенностей восприятия больными стандартизованных методик. Значительные проблемы возникают при использовании общих для онкологии подходов к комплексной оценке состояния больных в целях разработки программ реабилитации. Рассмотрен ряд этических проблем, связанных с выбором тактики лечения и возможностью дальнейшего существования пациентов в обществе.

*Ключевые слова:* опухоли головного мозга, качество жизни, реабилитационные программы, психические расстройства.

В течение последних десятилетий наблюдается тенденция неуклонного роста заболеваемости первичными опухолями головного мозга (ОГМ) [1, 2]. Проблемы ранней диагностики, эффективности лечения и реабилитации пациентов с новообразованиями головного мозга остаются во многом не решенными. Концепции как «максимального» так и «разумного радикализма» при лечении опухолей головного мозга порождают трудноразрешимые в нашем обществе проблемы дальнейшего существования пациентов [3, 4]. Психические процессы при ОГМ были и продолжают являться предметом исследований с использованием клинических и экспериментально-психологических методов, однако до настоящего времени не существует системы комплексной оценки состояния, на основании которой возможна индивидуализация симптоматической терапии и разработка реабилитационных программ для улучшения качества жизни пациентов с онкологической патологией головного мозга.

Качеству жизни больных онкологического профиля посвящено множество исследований, изучение и усовершенствование критериев оценки КЖ лиц с онкологическими заболеваниями происходило параллельно с формированием и развитием в структуре онкологии самостоятельной дисциплины — психоонкологии. В большинстве работ под КЖ подразумевают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека [5, 6]; ряд авторов определяют КЖ как физическое, эмоциональное, социальное, финансовое и духовное благополучие человека [7, 8]. Таким образом, качество жизни больных — это многосторонняя концепция, включающая различные аспекты жизнедеятельности (физические, медицинские, психологические, а также трудовые, социальные, степень активности и удовлетворенности и т. д.).

Среди способов оценки КЖ наиболее общеприняты и распространены опросники, заполняемые пациентами. На основании оценки КЖ, проведенной самим больным,

можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния здоровья больного. Методологическая основа, на которой базируются опросники, включает следующие положения: 1) специфичность, 2) многомерность (наличие нескольких шкал, характеризующих КЖ); 3) возможность заполнения опросника самим больным; 4) применимость к различным культурам. Первым опросником, отвечающим данным критериям, явился опросник EORTC QLQ-C36, включающий 36 вопросов, позволяющих оценить состояние по физическому, психологическому и социальному параметрам, общему КЖ и симптомам [7]. В последующем разработаны более современные версии опросника, которые используются для оценки КЖ больных независимо от типа онкологического заболевания (30 вопросов и 5 функциональных шкал — физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие, а также три шкалы симптоматики, шкалы общего КЖ) [9]. Имеются общие опросники, которые могут быть использованы для оценки КЖ при различных заболеваниях, и специальные — для определенной группы болезней или одного заболевания [5, 9 и др.].

Определение КЖ в многоцентровых рандомизированных исследованиях является одним из важных критериев оценки эффективности лечения в онкологии. Наряду с традиционными клиническими критериями (непосредственный эффект лечения — «ответ опухоли», безрецидивная выживаемость, 3- и 5-летняя выживаемость) показатель качества жизни является одним из надежных критериев оценки результатов лечения. Именно на основании данных о КЖ может быть сделан правильный выбор индивидуальной программы лечения [6; 8]. Оценка качества жизни помогает индивидуализировать симптоматическую терапию, а данные КЖ являются основой, на которой разрабатываются реабилитационные программы для онкологических больных [10, 11]. Изучение КЖ больного до лечения и в процессе терапии позволяет получить ценную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимую терапию. Анализ КЖ при планировании программы лечения онкологических больных представляется важным не только с позиций необходимости учета индивидуальных черт больного, но и в связи с данными о высокой корреляции уровня КЖ с показателями выживаемости при ряде злокачественных опухолей [9, 12 и др.]. Ряд исследований КЖ посвящено проблеме возможности вычисления качества жизни заранее по определенным показателям уже в начале лечения [11, 12].

В нейроонкологии существует множество предпосылок для развития концепции качества жизни. Подход к лечению злокачественных новообразований головного мозга представляет одну из наиболее сложных, социально важных, и в тоже время окончательно не разрешенных проблем онкологии. Лечение ОГМ ограничивается их способностью к инфилтративному росту с прорастанием в зоны мозга с высокой функциональной значимостью и значительной резистентностью к большинству методов лечения [13, 14]. Всё это делает

их радикальное удаление затруднительным. Однако именно это биологическое свойство определяет лечебную тактику, выбор метода и способа хирургического вмешательства, послеоперационные функциональные результаты [15]. КЖ является одним из показателей, отражающих состояние больных как в процессе лечения опухолевого заболевания, так и в процессе реабилитации. В нейроонкологии вопрос о критериях оценки качества жизни на сегодняшний день остается дискуссионным. При хирургическом лечении опухолей используется принцип максимального/разумного радикализма: внутримозговые опухоли подлежат тотальному удалению, а внутримозговые — максимальному удалению в пределах функционально обоснованных границ. Основными принципами при этом остаются безопасность проведения операции и обеспечение качества жизни больных в послеоперационном периоде — без этих прогнозов проведение операции считается нецелесообразным [1, 4]. В качестве критериев используются показатели продолжительности общей выживаемости, динамика неврологического статуса пациента после перенесенной операции: качество жизни пациентов оценивается успешностью проведенного лечения, измеряемого, в частности, критериями шкал Карновского (Karnofsky Performance Index) и Rankin scale (Rs) [15—18]. При удалении глиальных опухолей проблема целесообразности максимального радикализма остается нерешенной, что, в свою очередь, влияет на сроки рецидивирования, динамику и глубину неврологического дефицита, качество жизни [16—18].

В имеющейся литературе 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 КЖ больных, оперированных по поводу опухолей головного мозга. Рассматривается зависимость качества жизни от возраста больного, пола, локализации опухолевого процесса, гистобиологической характеристики опухоли и выбранного на этом основании алгоритма лечения [19]. Учет и тщательная систематизация неблагоприятных последствий диагностики и лечения, по мнению авторов, обеспечивает улучшение КЖ оперированных больных и прогнозируемый исход операции, при этом в оптимизации лечебных мероприятий важное значение приобретают данные клинических исследований в сопоставлении с анатомо-топографическими и патогистологическими данными [19].

Известно, что в большинстве случаев в нейроонкологической практике КЖ больных рассматривается как критерий степени тяжести состояния, а в качестве индикатора уровня КЖ используется функциональный статус пациента. Однако при оценке качества жизни необходимо оценивать не только тяжесть течения онкологической патологии, но и то, как сам пациент переносит свое заболевание. Факт диагноза смертельной болезни отражается на психическом состоянии онкологических больных с любой локализацией опухолевого процесса — по данным литературы, каждый второй пациент страдает различными психическими нарушениями [20; 21], которые в свою очередь крайне негативно влияют на течение большинства онкологических заболеваний и способствуют наступлению преждевременной смерти [22]. Диагноз «опухоль головного мозга» не является исключением — это мощный стрессовый фактор, имеющий чрезвычайное

по силе и продолжительности психотравмирующее влияние на личность больного [23, 24]. Сообщение о диагнозе ОГМ вызывает психологическое потрясение и воспринимается пациентом как крах будущего [24]. Во многих случаях опухоли головного мозга (по данным различных авторов, от 40 до 100 % наблюдений) сочетаются с психическими расстройствами, которые на ранних стадиях формирования опухоли зачастую являются единственными клиническими проявлениями онкологического заболевания [23—25 и др.]. Вместе с тем, несмотря на гетерогенность и полиморфизм психических нарушений, глубина и спектр которых при ОГМ не изучены достаточно подробно, у большинства больных невозможно исключить экзистенциальный дистресс и, в частности, аспект деморализации. Угроза потери психического здоровья, социального статуса, страх перед возможной операцией, приводящей к инвалидности, вероятность смерти — всё это разрушает привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяет систему ценностей и существенно перестраивает личность больного [26].

Таким образом, существует целый ряд особенностей, выделяющих пациентов с опухолями головного мозга из общей популяции онкологических больных. В связи с этим возникают существенные проблемы при использовании общих для онкологии подходов к комплексной оценке состояния больных в целях разработки программ реабилитации. Одной из таких проблем является снижение чувствительности субъективных показателей оценки КЖ, что ограничивает применение большинства из методик [8, 12]. Поэтому даже при применении методики, 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 у больных с ОГМ. Только дифференцированное использование различных методик исследования КЖ представляет возможность как для мониторинга состояния пациентов и определения эффективности выбранной стратегии лечения, так и для достижения врачом более глубокого понимания своеобразия трудностей пациента в борьбе с болезнью или в адаптации к жизни вследствие неё [10, 23, 24]. Хорошо известно, что в большинстве случаев злокачественные новообразования головного мозга неизлечимы. В данном контексте возникает много этических проблемы выбора: важность продолжительности жизни либо ее качества; отношение самих пациентов к этой проблеме; различия в восприятии качества жизни пациентом и проблема ответственности клиницистов за качество жизни пациента [27]. В связи с этим, одна из важнейших целей всей системы медицинской помощи больным с новообразованиями головного мозга является восстановление или, как минимум, сохранение качества жизни пациентов. 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 [11, 12]. Измерение качества жизни может подсказать правильный выбор среди нескольких альтернатив лечения, что особенно актуально в связи с появлением новых медицинских технологий. Основной принцип медицины «лечить больного, а не болезнь» может быть реализован с помощью использования концепции «качества жизни» [28].

**Список літератури**

1. Розуменко, В. Д. Опухоли головного мозга: современное состояние проблемы : доклад / В. Д. Розуменко // Матер. III съезда нейрохирургов Украины. — Киев, 2003.

2. Сафин, С. Ш. Структурный анализ опухолей центральной нервной системы / Сафин С. Ш., Ткаченко В., Файзуллин А. // Матер. IV съезда нейрохирургов России. — М., 2006 — С. 214.

3. Effects of a Brief, Structured Psychiatric Intervention on Survival and Recurrence an 10-Year Follow-up. / [Fawzy F. I., Canada A. L., Fawzy N. W. et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 2003. — Vol. 60. — P. 100—103.

4. Главацкий, О. Я. Прогнозування якості життя хворих з гліомами супратенторіальної локалізації після хірургічного лікування / О. Я. Главацкий, Л. П. Чепкий // Український нейрохірургічний журнал. — 2007. — № 3. — С. 28.

5. Quality of life research in oncology / [Aaronson N. K., Meyerowitz B. E., Bard M, et al.] // Cancer. — 1991. — № 67. — P. 839—843.

6. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology / [Aaronson N. K., Cull A., Kaasa S., Spangers M.] // Int J Ment Health. — 1994. — № 23. — P. 75—96.

7. Flanagan, J. C. Measurement of quality of life: Current state of art / J. C. Flanagan // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1982. — Vol.63. — № 1. — P. 56—59.

8. Комплексное лечение — путь к улучшению качества жизни онкологических больных / [Блинов Н. Н., Комяков И. П., Чулкова В. А. и др.] // Вопр. онкол. — 1997. — № 1. — С. 67—71.

9. Новик, А. А. Исследование качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — М., 2004. — 297 с.

10. Демин, Е. В. Возможности улучшения качества жизни онкологических больных / Демин Е. В., Чулкова В. Ю., Блинов Н. Н. // Вопр. онкологии. — 1992. — Т. 38, № 1. — С. 84—89.

11. Optimistic personality and psychological well-being during treatment predict psychological well-being among long-term survivors of breast cancer / [Carver C, Smith R, Antoni M et al.] // Health Psychology. — 2005. — Vol. 24 (5). — P. 208—214.

12. Quality of life among long-term survivors of breast cancer: different types of antecedents predict different classes of outcomes / [Carver C, Smith R, Petronis V., Antoni M.] // Psycho-Oncology. — 2005. — N.14. — P. 25—33.

13. Functional outcomes and survival in patients with high-grade gliomas in dominant and nondominant hemispheres / [R. S. Polin, N. F. Marko, M. D. Ammerma et al.] // J. Neurosurg. — 2005. — V. 102. — № 2. — P. 276—283.

14. Острейко, О. В. Продолженный рост злокачественных глиом супратенториальной локализации: повторные операции, катамнез и некоторые вопросы комбинированного лечения : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / О. В. Острейко. — СПб., 2001. — 23 с.

15. Отдаленные результаты комплексного лечения злокачественных глиом головного мозга с использованием комбинированной иммунотерапии / [Ступак В. В., Центнер М. И., Козлов Ю. П. и др.] // Материалы Всероссийской конференции «Комбинированное лечение опухолей головного мозга» (17—19 мая, 2004). — Екатеринбург, 2004. — С. 107—109.

16. Surgical management of intracranial gliomas — does radical resection improve outcome? / [Laws E. R., Shaffrey M. E., Morris A., Anderson F. A. Jr.] // Acta Neurochir. — 2003. — Vol. 85. — P. 47—53.

17. Olson, J. D. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma / Olson J. D., Riedel E., DeAngelis L. M. // J. Neurology. — 2000. — Vol. 54. — P. 1442—1448.

18. Prognostic factors for survival in adult patients with cerebral low-grade glioma / [Pignatti F., van den Bent M., Curran D. et al.] // J. Clin. Oncol. — 2002. — Vol. 20. — P. 2076—2084.

19. Шамаев, М. И. Роль морфологических исследований в оценке качества помощи и повышения качества жизни в нейрохирургической практике / М. И. Шамаев, Т. А. Малышева // Украинський нейрохірургічний журнал. — 2007. — № 3. — С. 81—82.

20. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients / [Derogatis L. R., Morrow G. R., Fetting J. et al.] // JAMA. — 1983. — Vol. 249. — № 6. — P. 751—757.

21. Effects of a Brief, Structured Psychiatric Intervention on Survival and Recurrence an 10-Year Follow-up. / [Fawzy F. I., Canada A. L., Fawzy N. W. et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 2003. — Vol. 60. — P. 100—103.

22. Sirois F. Psychosis as a mode of exitus in a cancer patient / F. Sirois // Palliat. Care. — 1993. — Vol. 9. — № 4. — P. 16—18.

23. Деонтологические ошибки в онкологии. Ошибки в клинической онкологии / [В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов и др.]. — М.: Медицина, 2001. — С. 170—189.

24. Медяник, И. А. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга / И. А. Медяник, А. П. Фраерман // Журнал неврологии и психиатрии. — 2008. — № 12. — С.71-74.

25. Абашеев-Константиновский, А. Л. Психопатология при опухолях головного мозга / А. Л. Абашеев-Константиновский. — М., 1973.

26. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study / [Grassi L., Travado L., Moncayo, FL. et al.] // J. Affect. Disord. — 2004. — Vol. 83. — P. 243—248.

27. Саймонтон, К. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон. — СПб.: Питер, 2001. — 228 с.

28. Osoba, D. Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology / D. Osoba // Support Care Cancer. — 1997. — Vol. 5(2). — P. 100—104.

Надійшла до редакції 25.11.2011 р.

**В. В. Огоренко**

*Дніпропетровська державна медична академія  
(м. Дніпропетровськ)*

**Вивчення якості життя хворих  
на новоутворення головного мозку  
(Огляд літератури)**

У статті розглянуті матеріали щодо стану питання вивчення якості життя (ЯЖ) хворих з новоутвореннями головного мозку у порівнянні з аналогічними дослідженнями при онкологічній патології інших локалізацій. Наведено данні про істотні відмінності популяції хворих на пухлини головного мозку. Показано, що аналіз ЯЖ при плануванні програми лікування становить значні труднощі за рахунок особливостей сприйняття хворими стандартизованих методик. Значні проблеми виникають при використанні загальних для онкології підходів до комплексної оцінки стану хворих з метою розроблення програм реабілітації. Розглянуто ряд етичних проблем, пов'язаних з вибором тактики лікування та можливістю подальшого існування пацієнтів у суспільстві.

*Ключові слова:* пухлини головного мозку, якість життя, реабілітаційні програми, психічні розлади.

**V. V. Ogorenko**

*Dnipropetrovsk state medical Academy (Dnipropetrovsk)*

**The study of quality of life  
of disease neoplasm of the brain  
(Review of literature)**

The article deals with what materials to study the issue of quality of life (QL) tumors disease of the brain compared with similar research in cancer pathology other localizations. The information about the significant differences in population disease brain tumor. Shown that the QL analysis in planning treatment programs is considerable difficulties due to the perception features standardized patients in methodology. Significant problems arise when used common to oncology approaches to integrated assessment of disease to develop rehabilitation programs. A number of ethical problems associated with the choice of tactics and treatment of patients ability continued existence in society.

*Key words:* brain tumor, quality of life, rehabilitation programs, mental disorders.