

УДК 616-006.6:614.2

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОНКОЛОГИИ

¹Ненарокомов А.Ю., ¹Сперанский Д.Л., ²Аревшатов Э.В., ²Мудрый А.Ю.

¹Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: post@volgmed.ru;

²Волгоградский областной клинический онкологический диспансер №1, Волгоград

Обзор литературы посвящен вопросам изучения качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ) онкологических больных. Качество жизни (КЖ) является интегральной характеристикой, осуществляющей физическое, социальное и психологическое функционирование пациента. Существует несколько определений понятия «КЖ». Впервые этот термин появился в экономической литературе в 1920-е годы. В 1948 году формулируется термин «КЖСЗ». Основным инструментом изучения КЖ являются профили (оценка каждого компонента качества жизни в отдельности) и опросники (для комплексной оценки). В настоящее время существует более 400 опросников для изучения КЖ. В онкологической практике исследование КЖСЗ практикуется более 30 лет. Для этих целей используются как опросники общего назначения, так и специальные опросники. Наиболее популярными в онкологических исследованиях являются общие опросники SF-36 и EuroQoL. EORTC-C30 и FACT-G – наиболее распространенные в онкологии специальные опросники. Для оценки отдельных симптомов в онкологии используются специальные профили. КЖ является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости (NCI, ASCO, 1996).

Ключевые слова: качество жизни, злокачественное образование, онкология

A MODERN CONCEPT QUALITY OF LIFE RESEARCH IN ONCOLOGY

¹Nenarokomov A.Y., ¹Speransky D.L., ²Arevshatov E.V., ²Mudryy A.Y.

¹Volgograd State medical University, Volgograd, e-mail: post@volgmed.ru;

²Volgograd Regional Oncological Dispensary №1, Volgograd

This review is devoted to problems of analysis of health related quality of life (HRQoL) in oncological patients. Quality of life «QoL» is integrated characteristic, which realize physical, social and psychological performance of a patient. There are several definitions of «QoL». This term came into service in 1920s. The term «HRQoL» was formulated in 1948. The basic tools of QoL research are profiles (for valuation of solitary components of QoL) and questionnaires (for composite valuation). There are more than 400 questionnaires of QoL currently. HRQoL research is used in oncology more than 30 years. The general a special questionnaires are used for those researches. SF-36 and EuroQoL are most popular general questionnaires in oncologic practice. EORTC-C30 and FACT-G are most widespread special ones. Special profiles are used for rating symptoms in oncology. National Cancer Institute (NCI, 1996) and American Society of Clinical Oncology (ASCO, 1996) declared QoL researches as second efficiency test of anticancer therapy after survival.

Keywords: quality of life, malignant tumor, oncology

Смена подходов к оказанию медицинской помощи – современная тенденция, охватившая многие государства мира. Сегодня в развитых странах мира медицинская модель, имеющая своей целью только устранение заболевания и восстановление функционирования человеческого организма, постепенно сменяется моделью, ориентированной на психосоциальный подход. Подобная концепция требует не только восстановления биологической функции организма, но и нормализации его психологического и социального функционирования [2, 7].

Еще в середине XX века, указывая на необходимость развития гуманистической парадигмы в медицине, представители гуманистической психологии (В. Франкл и др.) подчеркивали необходимость исследовать и лечить целостного человека с уникальным характером переживаний, свободно и ответственно решающего, как поступать в различных ситуациях, в том числе и в ситуации болезни [17].

На сегодняшний день именно благополучие человека, приближение жизни больных к уровню практически здоровых людей является одной из главных целей лечения. Онкологическая наука в этом отношении не является исключением. Вопрос не только о том, «сколько прожил» больной, но и «как он прожил» эти годы», все прочнее занимает место в научных публикациях последних лет [4, 14].

Интерес к проблеме качества жизни людей, страдающих различными заболеваниями, сформировался еще в середине двадцатого столетия и потребовал изучения не только распространенности заболеваний, но и их влияния на профессиональную деятельность. Длительное время этот критерий рассматривался лишь в социальном аспекте и подразумевал степень удовлетворенности трудовой деятельностью, проведение досуга, условия быта, уровень удовлетворения потребностей, общения и т.п. Впервые словосочетание «качество жизни» появляется в литературе в 1920 г. в работах Pignon, по-

священных экономике и благосостоянию населения [11, 18, 24].

Пожалуй, первой попыткой медицинской интерпретации этого феномена явились работы профессора Колумбийского университета США D.A. Karnovsky, который в 1947 году опубликовал статью «Клиническая оценка химиотерапии при раке». Таким образом, первыми пациентами, качество жизни которых стало предметом изучения в медицине, были онкологические больные. Данная публикация явилась началом развития науки о качестве жизни в целом [20].

В 1948 году ВОЗ формулирует принципиально новое определение здоровья как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствия болезни. В это время и появляется в медицине понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» и попытки оценить этот важный и неоднозначный параметр [16, 27].

На сегодняшний день существует множество определений качества жизни, каждое из них дополняет и конкретизирует трактовку термина, но до настоящего времени нет общепринятого определения этого понятия.

Качество жизни является интегральной характеристикой, осуществляющей физическое, социальное и психологическое функционирование пациента. В соответствии с приведённым определением здоровья, ВОЗ определяет КЖ как индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства. Как видно, фундаментальными свойствами качества жизни являются многокомпонентность и субъективизм в оценке [16, 21, 25].

Учитывая, что методологические установки для изучения качества жизни выдаёт философская антропология, а конкретные знания формируют медицинские науки, целесообразно определение качества жизни с интеграцией в нём первично-социологического и вторично-медицинского подходов. Оно звучит следующим образом: «качество жизни – это адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу» [21].

Сходное по смыслу определение качества жизни предложено Wenger N.K.: качество жизни – это «удовлетворённость от психосоциальной и других форм деятельности в условиях ограничений, связанных с заболеванием» [13].

Медицинская Энциклопедия Качества Жизни, изданная в США, даёт более про-

стое определение: «Качество жизни – степень удовлетворения человеческих потребностей» [25].

Автор опросника качества жизни больницы святого Георгия (SGRQ) P.W. Jones корректирует определение качества жизни с точки зрения врача. Оно звучит как «соответствие желаний возможностям, которые лимитированы заболеванием» [23].

Имеющееся множество определений качества жизни – яркое свидетельство отсутствия единого подхода к формулировке этого понятия. Это связано с тем, что все компоненты и стороны столь объёмного понятия объяснить очень сложно [5, 9, 12].

Традиционно это понятие имеет, как бы, три составляющих. Во-первых, оно охватывает разные стороны жизни человека: условия жизни, профессиональную деятельность, домашнюю обстановку. Во-вторых, медицинские аспекты качества жизни: влияние самого заболевания и наступающих в результате болезни ограничений, а также влияние лечения на жизнедеятельность больного. Наконец, собственно качество жизни: жалобы больного, его функциональные возможности, восприятие жизненных изменений, связанных с заболеванием, общее благополучие [10, 16].

Тем самым, этот термин включает в себя физическое, психологическое и социальное благополучие так, как его воспринимает сам пациент, и позволяет качественно оценить влияние на перечисленные составляющие таких факторов, как болезнь и методы лечения.

В современной зарубежной медицине широко распространён термин «качество жизни, связанное со здоровьем», подразумевая, что существует и другой аспект, который со здоровьем не связан: воздействие окружающей среды, экономических, политических, духовных изменений. Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем», позволяет дать глубокий и многоплановый анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека [16].

Основным инструментом изучения качества жизни являются профили (оценка каждого компонента качества жизни в отдельности) и опросники (для комплексной оценки). И те и другие могут быть общими (оценивать здоровье в целом) и специальными (для изучения конкретных нозологий). При этом, по мнению ряда авторов, все они не оценивают клиническую тяжесть заболевания, а отражают то, как больной переносит свою болезнь [3, 6].

На сегодняшний день существует около 400 опросников качества жизни. Они ши-

роко применяются в клинической практике, определяя те сферы, которые наиболее пострадали от болезни, тем самым давая характеристику состояния больных с различными формами патологии. Ни одно исследование эффективности фармакологического препарата сегодня не может быть проведено без изучения этого параметра [11, 16, 21].

Изучение качества жизни в онкологии играет немалую роль как в исследовательской работе, так и в клинической практике. В онкологии исследования качества жизни регулярно используются более 30 лет. По данным MedLine и CANCERLIT (Национальная библиотека США) только в 2008 году можно было обнаружить более 5000 ссылок, посвященных исследованию качества жизни [2].

Методология исследования качества жизни позволяет точно описать сложную гамму многогранных и разноплановых нарушений, происходящих с больным злокачественной опухолью в процессе развития заболевания и его лечения. Согласно рекомендациям FBA, опубликованным в США в 1985 г., оценку качества жизни больного следует включать в клинические исследования, связанные с внедрением новых лекарственных препаратов в онкологии [24].

На совместной конференции Национального института рака США (NCI) и Американского общества клинической онкологии (ASCO) в 1996 году постулировано, что качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости [20, 24].

Применительно к онкологической практике Концепция исследования качества жизни имеет широкие возможности для применения и позволяет:

- 1) оптимизировать стандартизацию методов лечения;
- 2) осуществлять экспертизу новых методов лечения, опираясь на международные критерии, принятые в большинстве развитых стран;
- 3) повысить качество экспертизы новых лекарственных препаратов;
- 4) обеспечить полноценный индивидуальный мониторинг состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения;
- 5) разрабатывать прогностические модели для различных форм рака;
- 6) проводить социально-медицинские популяционные исследования с выделением групп риска в злокачественных образованиях;
- 7) обеспечить динамическое наблюдение за группами риска и оценить эффективность программ профилактики;

8) изучать и проводить экономическое обоснование методов лечения с учетом фармакоэкономических показателей: «стоимость–полезность», «стоимость–эффективность» и т.д. [8].

Для оценки качества жизни онкологических больных применяют как общие, так и специальные опросники. Первые предназначены для оценки качества жизни как здоровых, так и больных независимо от вида заболевания. Вторые разработаны для больных различными заболеваниями.

В онкологии используют следующие общие опросники:

1) разработанные в 70-е годы – Индекс благополучия (Quality of Well-Being Index, QWB) и Профиль влияния заболевания (Sickness Impact Profile, SIP);

2) разработанные в 80-е годы – Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile, NHP) и Индекс качества жизни (Quality of Life Index, QLI);

3) разработанные в 90-е годы – Опросник оценки качества жизни Европейской группы качества жизни (EuroQoL) и Общий опросник здоровья (SF-36).

К наиболее используемым общим опросникам, предназначенным для изучения качества жизни у больных со злокачественными заболеваниями, относятся SF-36 и EuroQoL. Их преимуществом является широкая распространенность и высокая валидность. Более чем в 90% клинических исследований в России используется опросник SF-36 [1, 8, 17].

Специальные опросники:

1. Опросник Европейской организации исследования и лечения рака (EORTC QLQ-C30).

2. Опросник оценки функций в онкологии (FACT-G).

3. Индекс функционирования при раке (Functional Living Index Cancer, FLIC).

4. Опросник оценки трудностей при раке (Cancer Inventory of Problem Situations, CIPS).

5. Система оценка реабилитации (Rehabilitation Evaluation System, CARES).

Наиболее распространенными являются EORTC-C30 и FACT-G с дополнительными модулями для отдельных нозологических форм рака. Эти опросники широко используются в многоцентровых клинических исследованиях в Европе, США и Канаде. Подробное описание общих и специальных опросников, применяемых в онкологии, можно получить из интернета на сайтах соответствующих исследовательских организаций [17, 24].

Кроме этого в повседневной практике широко распространены шкалы и про-

фили для оценки отдельных проявлений рака, прежде всего боли: Краткий опросник оценки боли (Brief Pain Inventory, BPI), Опросник боли МакГилла, (McGill Pain Questionnaire), карта оценки боли (Memorial Pain Assessment Card) и слабости: Краткий опросник оценки слабости (Brief Fatigue Inventory, BFI), Инструмент оценки слабости Пирсона-Баэrsa (Pearson-Byars Fatigue Feeling Checklist), Шкала слабости при раке (Cancer Fatigue Scale) [8].

Таким образом, изучение качества жизни является надежным, информативным и экономичным методом оценки состояния здоровья больного как на групповом, так и на индивидуальном уровне. В онкологических исследованиях качество жизни служит важным критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение. Оценка качества жизни в клинических исследованиях улучшает качество самого исследования.

Список литературы

1. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н. Амирджанова, Д.В. Горячев, Н.И. Коршунов, А.П. Ребров, В.Н. Сорочка // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №1. – С. 36–48.
2. Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных // Международный медицинский журнал. – 2010. – №4. – С. 11–13.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией // Сибирский психиатрический журнал. – 2008. – №27. – С. 67–71.
4. Клиническая оценка эффективности хирургического и комбинированного лечения рака проксимального отдела желудка / О.Н. Волков, В.И. Столяров, С.В. Кнаев, К.Н. Абрамов, В.Н. Крайнов // I Съезд онкологов стран СНГ (3-6 декабря 1996), Часть I. – М., 1996. – С. 304.
5. Евдокимов В.И., Зайцев Д.В., Федотов А.И. Научно-методологические проблемы оценки качества жизни // Вестник психиатрии. – 2008. – №27. – С. 102–131.
6. Евдокимов В.И., Федотов А.И. Методологические аспекты субъективной оценки качества жизни // Медико-биологическая и социально-психологическая проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. – №4. – С. 63–71.
7. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. – 2000. – Т.2, №1–2. – С. 25–27.
8. Ионова Т.И. Концептуальные и методологические аспекты исследования качества жизни в онкогематологии: дис. ... д-ра биол. наук. – М., 2009. – 230 с.
9. Качество жизни и экономическое развитие / под общ. ред. Р.С. Пархоменко. – Южно-Сахалинск: Изд-во Сахалинского ун-та, 2005. – 183 с.
10. Колесник В.С. Оценка качества жизни в медицине // Российский семейный врач. – 2002. – №1. – С. 23–26.
11. Косенкова О.И., Макарова В.И. Проблема качества жизни в современной медицине // Экология человека. – 2007. – №11. – С. 29–31.
12. Куапдыков Е.К., Абдрахманов Ж.С. Качество жизни как один из информативных методов оценки состояния больного (Обзор литературы) // Валеология. – 2010. – №3. – С. 9–12.
13. Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (Обзор литературы) // Качественная клиническая практика. – 2011. – №1. – С. 11–18.
14. Мухамедшина Э.И., Яхин К.К. Качество жизни как показатель психического здоровья больных соматическими заболеваниями // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2006. – №4. – С. 40–43.
15. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград, 1996. – 96 с.
16. Петров В.И. Базисные принципы и методология доказательной медицины // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2011. – Т. 38, №2. – С. 3–9.
17. Руководство по исследованию качества жизни; под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
18. Франкл В.Е. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 266 с.
19. Шапошников Ю.Ю., Шапошников Н.Ю. Исследование качества жизни больных после хирургического лечения // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – Т. 5, №1. – С. 115–122.
20. ASCO. Outcomes of cancer treatment of technology assessment and cancer treatment guidelines // J. Clin. Oncology. – 1996. – Vol. 14, №3. – P. 671–679.
21. Basskin L.E. Practical Pharmacoeconomics. – Cleveland: Advanstar Communication, 1998. – 174 p.
22. Cella D.F. Quality of life: concept and definitions // J. Pain and Symptom Manag. – 1994. – Vol. 9, №3. – P. 186–192.
23. Johnes P.W. Quality of life measurement the value of standartization // Eur. Resp. Rev. – 1997. – Vol. 7, №42. – P. 42–49.
24. Johnson J.R., Temple R. Food and Drug Administration requirement for approval of anticancer drugs // Cancer Treat Reports. – 1985. – №65. – P. 1155–1157.
25. Naughton M.J., Wiklund I., Shumakers A. et al. A critical review of six dimension-specific measures of health-related quality of life used in cross-cultural research // Quality of life. – Oxford, 1995. – P. 39–74.
26. Quality of life. Medical Encyclopedia. – Shicago, 1995. – P. 774.
27. WHOQOL Group. The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL) / Orley J., Kuyken W., et al. Quality of life assessment: international perspectives. – Berlin, 1994. – P. 41–57.
28. World Health Organization. Cancer pain relief. – Geneva: WHO, 1986. – P. 5–26.

References

1. Amirdzhanova V.N., Gorjachev D.V., Korshunov N.I., Rebrov A.P., Sorockaja V.N. *Nauchno-prakticheskaja revmatologija*, 2010, no.4, pp. 36–48.
2. Balabukha O.C. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal*, 2010, no. 4, pp. 11–13.
3. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Fedorova V.L. *Sibirskij psichiatricheskij zhurnal*, 2008, no.27, pp. 67–71.
4. Volkov O.N., Stoljarov V.I., Knaev S.V., Abramov K.N., Krajnov V.M. *I S'ezd onkologov stran SNG (3-6 dekabrja 1996), Chast' I* [I Congress of Oncologists of CIS, 3-6 of December 1996, Chapter I], Moscow, 1996, pp. 304.
5. Evdokimov V.I., Zajcev D.V., Fedotov A.I. *Vestnik psichiatrii*, 2008, no 27, pp. 102–131.
6. Evdokimov V.I., Fedotov A.I. *Mediko-biologicheskaja i social'no-psihologicheskaja problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah*, 2008, no.4, pp. 63–71.

7. Ionova T.I., Novik A.A., Suhonos Ju.A. *Onkologija*, 2000, Vol.2, no. 1–2, pp. 25–27.
8. Ionova T.I. *Koceptual'nye i metodologicheskie aspekty issledovanija kachestva zhizni v onkogematologii: diss... d.b.n* [Conceptual and methodological aspects of quality of life researches in oncohematology: dissertation of PhD in biology], Moscow, 2009, 230 p.
9. *Kachestvo zhizni i jekonomicheskoe razvitie / Pod obw. Red. R.S. Parhomenko* [Quality of life and economical progress, Edited by R.S. Parkhomenko], Juzhno-Sahalinsk: Sahalinskij Univ. Publ., 2005, 183 p.
10. Kolesnik V.S. *Rossijskij semejnyj vrach*, 2002, no.1, pp. 23–26.
11. Kosenkova O.I., Makarova V.I. *Jekologija cheloveka*, 2007, no.11, pp. 29–31.
12. Kuapdykov E.K., Abdrahmanov Zh.S. *Valeologija*, 2010, no.3, pp. 9–12.
13. Malyhin F.T. *Kachestvennaja klinicheskaja praktika*, 2011, no.1, pp. 11–18.
14. Muhamedshina Je.I., Jahin K.K. *Obwestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie*, 2006, no.4, pp. 40–43.
15. Petrov V.I., Sedova N.N. *Problema kachestva zhizni v biojetike* [Problems of quality of life in bioethics], Volgograd, 1996, 96 p.
16. Petrov V.I. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta*, 2011, Vol.38, no.2, pp. 3–9.
17. *Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni. – 2-e izd. / Pod red. akad. RAMN Ju.L. Shevchenko* [Quality of life research handbook, 2-ed., By Edited Ju.L. Shevchenko], Moscow, Close corporation «OLMA Media Grupp», 2007, 320 p.
18. Frankl V.E. *Chelovek v poiskah smysla* [Man's search for meaning], Moscow: Progress Publ., 1990, 266 p.
19. Shaposhnikov Ju.Ju., Shaposhnikov N.Ju. *Astrahanskij medicinskij zhurnal*, 2010, Vol.5, no.1, pp. 115–122.
20. ASCO. *Autcomes of cancer treatment of technology assessment and cancer treatment guidelines* // *J. Clin. Oncology*. – 1996. – Vol.14, №3. – P. 671–679.
21. Basskin L.E. *Practical Pharmacoeconomics*. – Cleveland: Advanstar Communication, 1998. – 174 p.
22. Cella D.F. *Quality of life: concept and definitions* // *J. Pain and Symptom Manag.* – 1994. – Vol.9, №3. – P. 186–192.
23. Johnes P.W. *Quality of life measurement the value of standartization* // *Eur. Resp. Rev.* – 1997. – Vol.7, №42. – P. 42–49.
24. Johnson J.R., Temple R. *Food and Drug Administration requirement for approval of anticancer drugs* // *Cancer Treat Reports.* – 1985. – №65. – P. 1155–1157.
25. Naughton M.J., Wiklund I., Shumakers A., et al. *A critical review of six dimersion-specific measures of health-related quality of life used in cross-cultural research* // *Quality of life.* – Oxford, 1995. – P. 39–74.
26. *Quality of life. Medical Encyclopedia.* – Shicago, 1995. – P. 774.
27. WHOQOL Group. *The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL)* / Orley J., Kuyken W., et al. *Quality of life assessment: international perspectives.* – Berlin, 1994. – P. 41–57.
28. *World Health Organization. Cancer pain relief.* – Geneva: WHO, 1986. – P. 5–26.

Рецензенты:

Сабанов А.В., д.м.н., профессор кафедры терапии и эндокринологии ФУВ ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Волгоград;

Плохов В.Н., д.м.н., профессор, директор НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Волгоград-1 ОАО «РЖД», г. Волгоград.

Работа поступила в редакцию 28.01.2012.