

DOI: <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2025-15-4-82-92>

Роль оценки показателей качества жизни у пациентов с опухолями головы и шеи в периоды лечения и реабилитации

А.И. Кузнецова¹⁻³, А.В. Важенин¹, И.В. Пономарева^{2, 4}, Д.А. Циринг², Е.С. Меньшикова³

¹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, 454141 Челябинск, ул. Воровского, 64;

²ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»; Россия, 634050 Томск, пр-кт Ленина, 36;

³ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Челябинск»; Россия, 454091 Челябинск, ул. Доватора, 23;

⁴ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет»; Россия, 454001 Челябинск, пр-кт Ленина, 76

Контакты: Анна Игоревна Кузнецова kafonso74@mail.ru

Введение. Совершенствование технологий и методов лечения онкологических заболеваний способствует улучшению реабилитации пациентов. В повышении биопсихосоциального статуса больных с данной патологией большую роль играет определение реабилитационного потенциала. В связи с увеличением выживаемости онкологических пациентов вопросы, связанные с качеством их жизни, становятся все более актуальными.

Цель исследования – определить возможность использования неспецифического опросника Short Form-36 (SF-36) для оценки показателей качества жизни и реабилитационного потенциала пациентов со злокачественными новообразованиями головы и шеи при различных вариантах радикального курса лучевой терапии.

Материалы и методы. В исследование вошли 68 пациентов со злокачественными новообразованиями головы и шеи, которым в период с 2019 по 2021 г. проводили лучевую/химиолучевую терапию на фоне сопроводительного симптоматического лечения и нутритивной поддержки (основная группа). У 32 (47,08 %) больных опухоль локализовалась в гортани, у 8 (11,76 %) – в глотке, у 6 (8,82 %) – в околоушной слюнной железе, у 13 (19,11 %) – в полости рта, у 9 (13,23 %) – в околоносовых пазухах и носоглотке. Курс радикальной фотонной терапии в самостоятельном варианте получили 59 (86,76 %) пациентов, курс химиолучевого лечения – 9 (13,24 %). В контрольную группу вошли здоровые люди ($n = 679$), у которых на момент опроса не были диагностированы злокачественные новообразования. Средний возраст участников исследования составил 64 года. Показатели качества жизни, связанные с реабилитационным потенциалом, определяли с помощью неспецифического опросника для оценки качества жизни SF-36.

Результаты. У пациентов основной группы наблюдалось выраженное снижение таких показателей качества жизни, как интенсивность боли и физическое и ролевое функционирование. В целом показатели качества жизни в этой группе были хуже, чем в группе контроля. Выявлено, что пациенты со злокачественными новообразованиями головы и шеи склонны к ограничению социальных контактов, что может быть связано с их физическим и эмоциональным состояниями, а также выраженным болевым синдромом. Ролевое функционирование обусловлено влиянием физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей) ($p = 0,001$). В свою очередь, каждый показатель, отражающий различные аспекты качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями головы и шеи, такие как интенсивность боли, физическое и ролевое функционирование, может быть скорректирован с помощью методов симптоматической, реабилитационной медицины и психологической поддержки.

Заключение. Полученные с помощью опросника SF-36 данные могут лечь в основу ранней реабилитации пациентов, осуществляемой в ходе лечения в стационаре. Использование различных опросников качества жизни у онкологических больных положительно влияет на исход лечения. Выявленные отклонения показателей качества жизни от нормальных значений у пациентов со злокачественными опухолями головы и шеи можно рассматривать как психотерапевтические мишени для психологов, лечащего врача, врача физической и реабилитационной медицины, входящих в междисциплинарную команду. Сбор информации о пациенте перед амбулаторным приемом способствует улучшению коммуникации между ним и врачом, повышает осведомленность специалистов о потребностях больного после лечения, качество оказания медицинской помощи и реализации принципов персонализированной медицины.

Ключевые слова: качество жизни, реабилитационный потенциал, опросник Short Form-36, опросник SF-36, реабилитация, лучевая терапия, опухоль головы и шеи

Для цитирования: Кузнецова А.И., Важенин А.В., Пономарева И.В. и др. Роль оценки показателей качества жизни у пациентов с опухолями головы и шеи в периоды лечения и реабилитации. Опухоли головы и шеи 2025;15(4):82–92. DOI: <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2025-15-4-82-92>

The role of psychological characteristics and quality of life in patients with head and neck tumors during treatment and rehabilitation

A.I. Kuznetsova¹⁻³, A.V. Vazhenin¹, I.V. Ponomareva^{2, 4}, D.A. Tsiring², E.S. Menshikova³

¹South Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia; 64 Vorovskiy St., Chelyabinsk 454141, Russia;

²National Research Tomsk State University; 36 Lenin Prospekt, Tomsk 634050, Russia;

³Clinical Hospital "Russian Railways-Medicine" of the city of Chelyabinsk; 23 Dovator St., Chelyabinsk 454091, Russia;

⁴South Ural State University; 76 Lenina Prospekt, Chelyabinsk 454001, Russia

Contacts: Anna Igorevna Kuznetsova kafonco74@mail.ru

Introduction. Betterment of techniques and methods of treatment of oncological diseases promotes improved patient rehabilitation. Improvement of biopsychosocial status of these patients significantly depends on determination of rehabilitation potential. Due to increased survival of oncological patients, problems associated with the quality of life have become more urgent.

Aim. To determine the possibility of using a non-specific questionnaire Short Form-36 (SF-36) for evaluation of quality-of-life characteristics and rehabilitation potential of patients with malignant head and neck neoplasms during different schemes of radical radiation therapy.

Materials and methods. The study included 68 patients with malignant head and neck neoplasms who underwent chemo/radiotherapy with accompanying symptomatic treatment and nutritional support between 2019 and 2021 (treatment group). In 32 (47.08 %) patients, the tumor was located in the larynx, in 8 (11.76 %) in the pharynx, in 6 (8.82 %) in the parotid gland, in 13 (19.11 %) in the oral cavity, in 9 (13.23 %) in the paranasal sinuses and nasopharynx. A course of radical photon therapy as monotherapy was administered to 59 (86.76 %) patients, a course of chemoradiation treatment to 9 (13.24 %) patients. Control group consisted of healthy people ($n = 679$) who at the time of questioning did not have a diagnosis of malignant neoplasms. Mean age of the participants was 64 years. Quality of life characteristics associated with rehabilitation potential were determined using a non-specific questionnaire for quality of life evaluation SF-36.

Results. In patients of the treatment group, significant decrease in such quality-of-life characteristics as bodily pain and role-physical functioning was observed. In general, quality of life characteristics in this group were lower than in the control group. It was shown that patients with head and neck malignant neoplasms are prone to limiting social contacts which can be caused by their physical and emotional condition, and have significant pain syndrome. Role functioning is based on the effect of physical condition on daily role performance (work, daily chores) ($p = 0.001$). On the other hand, every characteristic reflecting various aspects of quality of life of patients with malignant head and neck tumors such as pain intensity, role-physical functioning can be corrected using symptomatic rehabilitation medicine and psychological support.

Conclusion. Data obtained using the SF-36 questionnaire can form a basis for early patient rehabilitation during in-hospital treatment. The use of various quality of life questionnaires in oncological patients positively affects treatment outcomes. The identified deviations of quality-of-life characteristics from normal values in patients with malignant head and neck neoplasms can be considered psychotherapeutic targets for psychologists, treatment physicians, rehabilitation specialists forming an interdisciplinary team. Collection of information about the patient prior to outpatient appointment promotes improved communication between the patient and the doctor, increases awareness about patient needs after treatment in medical specialists, increases quality of medical care and implementation of personalized medicine principles.

Keywords: quality of life, rehabilitation potential, Short Form-36 questionnaire, SF-36 questionnaire, rehabilitation, radiotherapy, head and neck tumor

For citation: Kuznetsova A.I., Vazhenin A.V., Ponomareva I.V. et al. The role of psychological characteristics and quality of life in patients with head and neck tumors during treatment and rehabilitation. *Opukholi golovy i shei = Head and Neck Tumors* 2025;15(4):82–92. (In Russ.).

DOI: <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2025-15-4-82-92>

Введение

Лечение злокачественных новообразований головы и шеи может негативно влиять на внешность, физическое самочувствие, речь и глотание, эмоциональное благополучие и социальную активность пациентов [1]. Оценка качества жизни (КЖ) больных с данной патологией в настоящее время приобретает все большую актуальность, поскольку этот показатель является неотъемлемой частью психосоциального статуса и может обуславливать выживаемость. Однако определение КЖ сопряжено с рядом сложностей.

Существуют несколько опросников, позволяющих определить КЖ пациентов с онкологическими заболеваниями. Стандартный опросник проблем пациентов Patients Concerns Inventory (PCI), разработанный в 2009 г. в Великобритании для оценки КЖ больных с опухолями головы и шеи, включает 56 вопросов. Он создан для определения значимости личных, эмоциональных и физических проблем больных. Основная цель применения данного опросника — улучшение коммуникации между врачом и пациентом для реализации персонализированного подхода. Информация, получаемая при анализе ответов, помогает сосредоточить внимание врача на том, что действительно важно для конкретного больного. Опросник PCI помогает определить особенности течения, симптомы заболевания и тревоги пациентов. На данный момент опубликовано большое количество работ, посвященных оценке других опросников КЖ пациентов. Однако до сих пор не определена достоверность опросника PCI, не проведены систематический анализ эффективности его использования в клинической практике и сравнение с неспецифическим опросником оценки КЖ Short Form-36 (SF-36), разработанным в 1992 г. в рамках исследования медицинских результатов.

В ходе исследования S. N. Rogers и соавт. выявлено, что использование опросников КЖ помогает учесть потребности больных и способствует реализации комплексного подхода к оказанию медицинской помощи [2]. После этого весьма успешного пилотного проекта опросник PCI стал применяться узкими специалистами, консультирующими пациентов с опухолями головы и шеи. Немного позже N. Ghazali и соавт. отметили повышение эффективности лечения и КЖ больных, которые сообщали о своих проблемах с помощью опросников, за счет своевременного выявления симптомов и направления пациентов на консультацию к специалистам, а также организации соответствующего ухода в период реабилитации [3]. В то же время J. Flexen и N. Ghazali обнаружили, что при использовании только опросника University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QoL) внимание в основном уделяется проблемам с внешностью и не принимаются во внимание важные симптомы, связанные с общим состоянием пациента. Опросник PCI же их учитывал.

Авторы пришли к выводу, что эти опросники дополняют друг друга, обеспечивая полный скрининг пациентов с дефектами лица и низким КЖ, что очень важно [4].

Одновременное использование нескольких опросников КЖ позволило всем пациентам с нарушением глотания и речи обсудить эти симптомы во время амбулаторного приема и получить направление на консультации профильных специалистов, врачей мультидисциплинарной команды [5, 6]. Согласно данным A. Kanatas и соавт. совместное использование опросников КЖ UW-QoL, SF-36 и PCI способствует выявлению психологического дистресса в стационаре [7] и дает возможность провести динамическое наблюдение и оценку болевого синдрома в амбулаторных условиях [8]. Позже N. Ghazali и соавт. подтвердили, что самооценка страха развития рецидива с помощью опросника PCI является ценным инструментом для определения значимого уровня тревоги, связанной с возможностью прогрессии злокачественных новообразований (ЗНО) головы и шеи [9], и дает пациентам возможность выбора специалистов многопрофильной команды, с которыми они хотели бы проконсультироваться [10]. Детальный анализ полученных данных позволил узнать, почему больным в некоторых ситуациях не ясно, к кому обращаться с той или иной проблемой и каким образом выбор опросника влияет на мнение специалиста [11].

Результаты исследования A. Kanatas и соавт. подтвердили, что использование PCI позволяет выявить проблемы и опасения пациентов, которые врачи могут обсудить во время амбулаторного или стационарного приема, что позволяет оптимизировать консультацию, обеспечивает удовлетворение потребностей больных и повышает качество оказания медицинской помощи [12]. Малазийские исследователи J. M. Natta и соавт. выявили, что сбор данных с помощью стандартизованных опросников является удобным и полезным [13]. Это способствовало дальнейшему использованию данного метода в лечении пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта. Большинство больных проходили реабилитацию после проведенного лечения (87,5 % случаев). У 63,9 % пациентов было заболевание III–IV стадии; 59,7 % пациентов перенесли операцию. По результатам применения опросников PCI и The University of Washington Quality of Life Questionnaire (UWQoL) самыми значимыми оказались проблемы в физическом функционировании (94,4 % случаев), проблемы в социальных/семейных отношениях отмечены у 4,2 % пациентов. Наблюдались значимые связи между возрастом больного и личностным функционированием ($p = 0,02$), уровнем образования, эмоциональным состоянием ($p = 0,05$) и проблемами в социальных/семейных отношениях ($p = 0,04$), а также между стадией по классификации Tumor, Nodus and Metastasis и личностным функционированием ($p = 0,03$) [13].

N. Ghazali и соавт. определили клинические, патологические факторы и факторы КЖ, связанные со здоровьем, которые обуславливали психологические потребности и социальные и психологические проблемы пациентов [14]. S.N. Rogers и P. Hazeldine с помощью опросника PCI выявили, что 9 из 24 больных, сообщивших о своих самых серьезных проблемах, высказали пожелание, чтобы они обсуждались во время амбулаторного приема специалиста или в лечебно-профилактическом учреждении [15]. В результате 5 пациентов в последующем обсудили свои проблемы на приеме у врача, 3 из них были направлены к клиническому психологу, 1 – к медицинской сестре, осуществляющей уход за больным. Авторы сделали выводы, что использование опросника PCI может дать больше информации о здоровье пациента, чем регистрация клинических характеристик [15]. В дальнейшем они проанализировали данные 464 больных с ЗНО головы и шеи, обследованных в период с 2007 г. по 2013 г., и сообщили о том, что применение данного опросника и количество отмеченных пунктов имеют корреляцию с предикторами КЖ. Медиана (межквартильный размах) количества выбранных в опроснике пунктов составила 3 (1–6) пункта, что было связано с количеством серьезных проблем (дисфункций) по 12 вопросам опросника UWQoL (коэффициент корреляции Спирмена ($r_s = 0,51$)), по шкале «Общее качество жизни» опросника SF-36 ($r_s = -0,41$) и 2 подшкалами – «Физическое функционирование» ($r_s = -0,46$) и «социально-эмоциональное функционирование» ($r_s = -0,53$) [16].

Результаты исследования S. Allen и соавт. показали, что с помощью опросника PCI можно выявить проблемы пациентов из более низких социально-экономических слоев в рамках планового наблюдения [17]. Это позволяет проводить целенаправленное многопрофильное лечение и способствует улучшению результатов терапии такой трудно анализируемой группы больных [17], а в некоторых случаях дает возможность направлять их на консультацию к тем врачам, которые, по их мнению, с наибольшей вероятностью смогут помочь устранить факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на КЖ [18]. Данные, полученные M. Aguilar и соавт., демонстрируют, что проблемы со здоровьем полости рта, возникшие в период реабилитации после специализированного лечения, составляют почти 50 % всех осложнений, связанных с опухолями головы и шеи (20 из 45 пунктов опросника PCI) [19]. Выявлены проблемы по 8 из 15 пунктов опросника, статистически связанных с КЖ: 4 относились к клинической ответственности стоматологов (жевание/прием пищи, состояние зубов/зубы, открывание рта, слюноотделение), еще 4 представляли проблему для врачей-стоматологов (боль в голове/шее, глотание, речь/голос/понимание, вкус) [19].

S. Rogers и соавт. представили данные о распределении ресурсов лечебного учреждения (помощь паци-

ентам и клиническая сфера) при внедрении опросников КЖ во всех амбулаторных отделениях онкологического профиля [20]. Это позволило выявить пациентов с риском развития значительного дистресса [21]. N. Ghazali и соавт. отметили, что факторы, вызывающие значительный дистресс, связаны с эмоциональными/психологическими проблемами и физическим функционированием. По данным N. Miller и соавт., опросник PCI специфичен для опухолей головы и шеи и отличается от других опросников, которые являются более общими инструментами диагностики рака, но не отражает КЖ пациентов [22]. В свою очередь, анализ данных опроса, полученных из анкет больных, показал, что больные могут быть против обсуждения со своим врачом опасений по поводу развития рецидива из-за страха показаться неблагодарными или испортить с ним отношения, взаимопонимание (комплаенс) [23].

Разнообразие проблем пациентов подчеркивает необходимость комплексной оценки показателей здоровья в ходе последующего наблюдения, а включение ее в плановые консультации даст возможность отследить динамику [24]. В ходе лонгитюдного исследования, проведенного S. Rogers и соавт., у 88 пациентов с опухолями головы и шеи, получивших хирургическое лечение, опросник PCI применялся 157 раз: у 71 % (55/77) больных – хотя бы 1 раз в 1-й год, у 57 % (29/51) – во 2-й год, и у 37 % (13/35) – в 3-й год. Почти 50 % (7 из 17) пациентов, у которых не использовался опросник, умерли в течение 12 мес после операции, 6 пациентов были старше 80 лет.

Опыт использования PCI в период пандемии коронавируса показал, что он подходит для проведения удаленных консультаций [25], особенно перед началом, во время и после противоопухолевого лечения. Однако необходимо получить дополнительные клинические данные, чтобы убедиться, что такие консультации оптимальны для пациентов с ЗНО головы и шеи [26]. A. Aminnudin и соавт. отметили, что при заполнении опросника PCI чаще всего больные отмечали пункт «Рецидив или страх прогрессирования» (31,8 % случаев), особенно это касалось больных, срок лечения которых составил от 1 мес до 1 года ($n = 84$; $p = 0,001$). Авторы сделали вывод, что последующие плановые консультации должны включать вопросы о проблемах пациента и оценку КЖ с целью реализации комплексного пациентоориентированного подхода к лечению и реабилитации [27]. В ходе многоцентрового исследования D. Mr. Broderick и соавт. применялись модифицированный вариант 4-й версии опросника UW-QoL, опросник PCI, дистресс-термометр и опросник SF-36. У 368 больных с ЗНО головы и шеи оценка проводилась на 1-м этапе лечения, медиана времени проведения опроса составила 194 (125–249) дня после установления диагноза и 103 (71–162) дня после окончания лечения

[28]. Выявление ксеростомии было тесно связано с показателями КЖ, значительно влияло на здоровье и вызывало психологические проблемы у пациентов [28]. В ходе оценки результатов реабилитации через 1 год после лечения R. Elaldi и соавт. выявили, что определение потребностей и проблем больных с плоскоклеточным раком головы и шеи, а также коррекция выраженных симптомов и психологического стресса являются важнейшими шагами к улучшению КЖ [29]. Страх развития рецидива был основным негативным фактором, за которым следовали проблемы соматического характера: разрушение зубов, ксеростомия, утомляемость, нарушение речи, затруднения в приеме пищи, болезненность мышц шеи. Пациенты испытывали потребность в консультациях хирурга, логопеда, эрго-терапевта, врача физической и реабилитационной медицины. Количество выявленных у больных проблем с использованием опросника PCI-HN (версия для пациентов с ЗНО головы и шеи) отрицательно коррелировало со значениями по шкалам «Физическое функционирование» ($r < 0,40$) и положительно — с общим состоянием, локальной симптоматикой ($r > 0,40$). Психологический дистресс был основным фактором, определяющим КЖ ($p < 0,0001$) [29]. S. N. Rogers и соавт. выявили, что примерно каждый 10-й пациент с ЗНО головы и шеи, посещающий плановые амбулаторные консультации, сообщает о высоком уровне страха возникновения рецидива [30]. По обобщенным данным J. Twigg и соавт., по результатам опроса примерно у 26–29 % больных отмечается неудовлетворительное КЖ. Общее количество и некоторые отдельные пункты модифицированного опросника PCI-HN, помеченные больными с ЗНО головы и шеи ($n = 310$), явились предикторами неблагоприятного исхода [31].

Таким образом, использование опросников КЖ может быть интегрировано в повседневную клиническую практику. Согласно рекомендациям Национальной службы здравоохранения Великобритании применение таких опросников у пациентов с ЗНО головы и шеи характеризуется невысокой себестоимостью, что обеспечивает экономическую пользу при организации плановой медицинской помощи. Данные, полученные с помощью опросника PCI, используются специалистами междисциплинарной команды и врачами смежных специальностей в рамках планового лечения, амбулаторного и стационарного приемов [32]. Возможность консультации пациентов в период реабилитации с использованием опросника PCI-HN позволяет выявить симптомы, коррекция которых важна при оказании качественной медицинской помощи [33]. Результаты многих исследований и анкетирований демонстрируют, что опросники КЖ просты в применении и их можно применять на разных этапах установления диагноза и терапии. Более чем у 50 % пациентов, полу-

чивших лечение по поводу ЗНО головы и шеи, с их помощью выявлены различные проблемы со стороны полости рта [34], что потребовало консультации, наблюдения и лечения у стоматолога, врача-ортодонта и стоматолога-протезиста. Это указывает на необходимость включения стоматологов в междисциплинарную команду, участвующую в комплексной реабилитации пациентов с ЗНО головы и шеи, что позволит достичь наилучших результатов и обеспечить ориентированность на конкретного больного [19].

Цель исследования — определить возможность использования неспецифического опросника SF-36 для оценки показателей качества жизни и реабилитационного потенциала пациентов со злокачественными новообразованиями головы и шеи при различных вариантах радикального курса лучевой терапии.

Материалы и методы

В исследование вошли 68 больных с ЗНО головы и шеи, которым с 2019 по 2021 г. в Клинической больнице «РЖД-Медицина города Челябинск» и на кафедре онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Южно-Уральского государственного медицинского университета проводили лучевую/химиолучевую терапию на фоне сопроводительного симптоматического лечения и нутритивной поддержки (калорийность рациона — 25–30 ккал/кг массы тела в сут, доза белка — 1,0–1,5 г/кг массы тела в сут). Полученные данные сравнивались с результатами тестирования группы здоровых людей ($n = 679$), у которых на момент опроса не были диагностированы ЗНО (контрольная группа). Средний возраст участников исследования составил 64 года.

Психологические характеристики и КЖ участников исследования определяли с помощью неспецифического опросника для оценки КЖ SF-36, широко используемого для оценки КЖ больных в Европе и США.

В основной группе опрос пациентов выполняли после консультации онколога на раннем этапе лечения. Всем больным проводили радикальный конвенциональный курс лучевой/химиолучевой терапии в режиме традиционного или динамического фракционирования с использованием аппарата TERABALT-100 до суммарной очаговой радикальной дозы в соответствии с российскими клиническими рекомендациями. В случае развития лучевой токсичности I–II степени в ходе 1-го этапа лечения или ухудшения соматического статуса пациентов лечение прерывалось с целью купирования нежелательных токсических явлений и компенсации сопутствующей патологии. Курс непрерывного лечения получил 41 (59,42 %) больной, лечение с перерывом в 10–14 дней — 27 (40,58 %). На момент начала терапии все пациенты основной группы имели гистологически подтвержденный диагноз «ЗНО

головы и шеи». Полный курс лечения закончили все исследуемые.

У 32 (47,08 %) больных опухоль локализовалась в гортани, у 8 (11,76 %) – в глотке, у 6 (8,82 %) – в околоушной слюнной железе, у 13 (19,11 %) – в полости рта, у 9 (13,23 %) – в околоносовых пазухах и носоглотке. Курс радикальной фотонной терапии в самостоятельном варианте получили 59 (86,76 %) пациентов, курс химиолучевого лечения – 9 (13,24 %).

Характеристика пациентов исследуемой группы представлена в табл. 1 и 2.

Таблица 1. Характеристика пациентов основной группы ($n = 68$)

Table 1. Characteristics of the patients in the treatment group ($n = 68$)

Показатель Parameter	Число пациентов, n (%) Number of patients, n (%)
Возраст, лет: Age, years:	
<60	18 (26,47)
61–70	21 (30,88)
≥71	29 (42,65)
Наличие сопутствующих заболеваний (коморбидный статус по общему количеству хронических заболеваний, требующих наблюдения смежного специалиста): Presence of concomitant diseases (comorbid status per total number of chronic diseases requiring observation by a separate specialist):	
0–1 (отсутствие коморбидности) 0–1 (absence of comorbidity)	22 (32,35)
>2 (наличие коморбидности) >2 (presence of comorbidity)	46 (67,64)
Т-стадия: T-stage:	
T2	7 (10,29)
T3	36 (52,94)
T4	25 (36,76)
Стадия: Stage:	
I–II	7 (10,29)
III–IV	61 (89,71)

У 61 (89,71 %) пациента основной группы были опухоли III–IV стадии, у 46 (67,64 %) – отягощенный коморбидный статус (≥ 2 сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии, требующих сопроводительной поддерживающей терапии на протяжении всего курса лучевой терапии). Больше всего случаев сопутствующей патологии выявлено у больных 71 года и старше, что обусловлено ухудшением коморбидного статуса с возрастом.

Результаты

Результаты опроса продемонстрировали, что низкие показатели по шкалам «Интенсивность боли»,

«Физическое функционирование» и «Ролевое функционирование» у пациентов с ЗНО головы и шеи коррелируют с неудовлетворительным КЖ (табл. 3). В целом показатели КЖ в основной группе были ниже, чем в контрольной.

Представленные в табл. 3 показатели КЖ свидетельствуют о выявленных физических (значение по шкале «Физическое функционирование» – 24,6 балла) и эмоциональных (значение по шкале «Эмоциональное состояние» – 31,1 балла) проблемах в ролевом функционировании пациентов с ЗНО головы и шеи. У здоровых респондентов показатели КЖ по этим шкалам оказались выше (значение по шкале «Физическое функционирование» – 53,8 балла, по шкале «Эмоциональное состояние» – 57,2 балла). В основной группе значения по шкалам «Интенсивность боли» и «Физическое функционирование» были ниже, чем в контрольной группе, – 9,4 и 58 баллов соответственно. Выявлено, что пациенты с ЗНО головы и шеи в большей степени склонны к ограничению социальных контактов, что может быть связано с их физическим и эмоциональным состояниями, а также с выраженным болевым синдромом. Ролевое функционирование (работа, выполнение повседневных обязанностей) обусловлено физическим состоянием.

Таким образом, выявлено значительное снижение КЖ у пациентов с ЗНО головы и шеи. Интерпретация полученных данных и учет вида шкалы оценки КЖ онкологических больных могут служить основой для разработки эффективной реабилитационной программы. В свою очередь, значения по отдельным шкалам КЖ пациентов с ЗНО головы и шеи могут стать ориентиром для использования персонализированной пациентоориентированной терапевтической программы, включающей корректирующие мероприятия, направленные на повышение КЖ с помощью методов симптоматической, реабилитационной медицины и психологической поддержки, что позволит закончить запланированный курс лечения и уменьшить количество перерывов в терапии.

Мы провели сравнительный анализ средних значений показателей КЖ у пациентов с ЗНО головы и шеи и здоровых респондентов с помощью t -критерия Стьюдента. Его результаты представлены в табл. 4.

Выявлены статистически значимые различия в показателях по шкалам «Физическое функционирование» ($p = 0,001$) и «Ролевое функционирование» между основной и контрольной группами, обусловленные физическим состоянием ($p = 0,001$), ухудшение которого может привести к резкому снижению способности выполнять повседневные задачи (самообслуживание, прием пищи, передвижение) и затруднениям в исполнении привычных социальных ролей, или к невозможности этого (работа, обязанности по дому). В некоторых случаях пациенты проявляют поведенческую пассивность

Таблица 2. Распределение пациентов основной группы с различной сопутствующей патологией в зависимости от возраста, n
Table 2. Distribution of the patients of the treatment group with different concomitant pathology per age, n

Патология Pathology	<60 лет <60 years	61–70 лет 61–70 years	71 год и старше 71 years and older
Инфаркт миокарда Myocardial infarction	3	4	9
Хроническая сердечная недостаточность Chronic heart failure	8	11	12
Заболевания периферических сосудов Peripheral vascular disease	9	7	14
Инсульт или транзиторная ишемическая атака Stroke or transient ischemic attack	11	4	8
Деменция Dementia	1	2	2
Хроническая обструктивная болезнь легких Chronic obstructive pulmonary disease	12	4	17
Язвенная болезнь, гастрит Peptic ulcer disease, gastritis	8	9	12
Заболевания печени Liver diseases	3	4	9
Неосложненный диабет Uncomplicated diabetes	12	8	18
Сахарный диабет с поражением органов-мишеней Diabetes mellitus affecting target organs	4	5	9

Таблица 3. Средние значения показателей качества жизни (реабилитационного потенциала) у пациентов со злокачественными опухолями головы и шеи, получающими радикальный курс лучевой терапии, баллы

Table 3. Mean values of the quality-of-life characteristics (rehabilitation potential) in patients with head and neck malignant neoplasms receiving radical radiotherapy course, score

Шкала Scale	Основная группа (n = 68) Treatment group (n = 68)	Контрольная группа (n = 679) Control group (n = 679)
Физическое функционирование Physical functioning	58,0	77,0
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием Role-physical functioning	24,6	53,8
Интенсивность боли Bodily pain	19,4	61,3
Общее состояние здоровья General health	41,4	56,5
Жизненная активность Vitality	41,4	55,1
Социальное функционирование Social functioning	42,2	69,6
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием Role-emotional functioning	31,1	57,2
Психическое здоровье Mental health	49,0	58,8

Таблица 4. Результаты сравнительного анализа средних значений показателей качества жизни пациентов со злокачественными опухолями головы и шеи и у здоровых лиц, баллы

Table 4. Results of comparative analysis of mean quality of life values in patients with malignant head and neck neoplasms and healthy individuals, score

Шкала Scale	Основная группа (n = 68) Treatment group (n = 68)	Контрольная группа (n = 679) Control group (n = 679)	t-критерий Стьюдента Student's t-test	p
Физическое функционирование Physical functioning	58,0	77,0	-45,49	0,001
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием Role-physical functioning	24,6	53,8	-150,54	0,001
Интенсивность боли Bodily pain	19,4	61,3	-205,37	0,001
Общее состояние здоровья General health	41,4	56,5	-39,984	0,001
Жизненная активность Vitality	41,4	55,1	-35,89	0,001
Социальное функционирование Social functioning	42,2	69,6	-100,64	0,001
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием Role-emotional functioning	31,1	57,2	-58,93	0,001
Психическое здоровье Mental health	49,0	58,8	-17,56	0,001

и зависимость от помощи близких. У них может сформироваться роль больного, которая становится доминирующей. В ходе реабилитации пациенты иногда игнорируют рекомендации специалиста из-за астении («я слишком слаб, чтобы делать упражнения») или чрезмерной концентрации на симптомах, ипохондрического настроя.

Обнаружены значимые различия в показателях по шкале «Интенсивность боли» ($p = 0,001$) между основной и контрольной группами. Боль при ЗНО головы и шеи зачастую имеет хронический, изматывающий характер, кроме того, болевой синдром связан с жизненно важными функциями (жевание, глотание, речь). В связи с этим боль становится главным фактором, определяющим поведение пациента. У больного может сформироваться избегающее поведение: отказ от приема пищи из-за болей при глотании, ограничение речевой активности и социальных контактов. Субъективная оценка болевых ощущений может быть сильнее самой боли, что приводит к отказу от необходимых реабилитационных процедур.

В группе пациентов с ЗНО головы и шеи показатели по шкалам «Общее состояние здоровья» ($p = 0,001$) и «Жизненная активность» ($p = 0,001$) также оказались статистически значимо ниже этих показателей у здоровых респондентов. Снижение данных показателей

КЖ сопровождается субъективным ощущением утраты здоровья и постоянным чувством усталости. Пациенты с ЗНО головы и шеи рационально, но зачастую чрезмерно экономят силы, отказываясь от любой активности, не являющейся строго необходимой. У них может снижаться мотивация к участию в реабилитационных мероприятиях, которые требуют энергетических затрат, а также формируется пессимистическая оценка собственного будущего и эффективности лечения [35].

При ЗНО головы и шеи резко снижаются показатели по шкале «Социальное функционирование» ($p = 0,001$). Изоляция пациентов с данной патологией вызвана не только с физическими ограничениями, но и изменением внешности (после хирургического лечения), наличием трахеостомы, нарушением речи. Больные могут сознательно ограничивать социальные контакты из-за чувства стыда, смущения, боязни быть непонятыми или стать обузой. Такое поведение разрушает социальные связи, что ведет к одиночеству и депрессии.

Снижение показателей по шкале «Рольное функционирование» обусловлено эмоциональным состоянием ($p = 0,001$) и психическим здоровьем ($p = 0,001$). У больных с ЗНО головы и шеи наблюдаются высокие уровни эмоционального дистресса, тревоги и депрессии, что мешает выполнению рабочих и семейных

обязанностей. Эмоциональная лабильность, плаксивость, раздражительность, апатия, снижение когнитивной функции являются препятствиями для понимания информации, которую дают врачи, и следования плану лечения. У пациентов с ЗНО головы и шеи могут также формироваться дисфункциональные когнитивные установки – катастрофизация, самостигматизация, что снижает приверженность терапии.

В свою очередь, физические, психологические и эмоциональные резервы каждого пациента индивидуальны и обуславливают возможность проведения мероприятий, направленных на восстановление, реабилитацию и продолжение специализированного лечения.

Реабилитационный потенциал – это физические и психологические возможности организма пациента, комплекс его психологических, социальных и личностных ресурсов. Полученные нами данные указывают на ухудшение реабилитационного потенциала пациентов с ЗНО головы и шеи по многим показателям КЖ: ограничение возможностей (низкие показатели по шкалам «Физическое функционирование», «Роль в функционировании», «Интенсивность боли»), снижение мотивационного ресурса (низкие показатели по шкалам «Общее состояние здоровья», «Жизненная активность», «Психическое здоровье»), высокий уровень тревожности и депрессия (низкие показатели по шкалам «Эмоциональное состояние», «Психическое здоровье»), дезорганизация социальной поддержки (низкие показатели по шкале «Социальное функционирование»), когнитивные барьеры (низкие показатели по шкалам «Эмоциональное состояние», «Психическое здоровье»).

Обсуждение

Оценка показателей КЖ является диагностическим инструментом для выявления слабых звеньев в системе адаптации пациентов и позволяет адресно и индиви-

дуально спланировать реабилитационные мероприятия, направленные на повышение реабилитационного потенциала в целом [36]. Таким образом, полученные с помощью опросника КЖ SF-36 данные могут лечь в основу ранней реабилитации пациентов (1-й этап реабилитации), осуществляемой в ходе лечения в стационаре. Выявленные отклонения показателей КЖ от нормальных значений у пациентов с ЗНО головы и шеи могут стать психотерапевтическими мишенями для психологов, лечащего врача, врача физической и реабилитационной медицины, входящих в междисциплинарную команду, работа которой направлена на восстановление пациентов, повышение их КЖ и результатов лечения. Различия в показателях КЖ между основной и контрольной группами могут быть использованы как индивидуальный психологический реабилитационный потенциал, что позволит сделать шаг к персонализированной медицинской помощи онкологическим больным.

Заключение

Результаты исследований демонстрируют, что использование различных опросников КЖ, в том числе неспецифического опросника SF-36, у онкологических пациентов положительно влияет на исход лечения. Особенно актуально их применение в ходе консультаций с незнакомым пациенту или не очень опытным специалистом, так как это позволяет обеспечить комплаенс между больным и врачом. Использование методик предварительного сбора информации о пациенте перед амбулаторным приемом улучшает коммуникацию между врачом и больным, повышает осведомленность специалистов о его потребностях после лечения, качество оказания медицинской помощи и способствует реализации принципов персонализированной медицины.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Crowder S.L. Quality of life, coping strategies, and supportive care needs in head and neck cancer survivors: a qualitative study. *Support Care Cancer* 2021;29(8):4349–56. DOI: 10.1007/s00520-020-05981-1
2. Rogers S.N. The development of a Patients Concerns Inventory (PCI) to help reveal patients concerns in the head and neck clinic. *Oral Oncol* 2009;45(7):555–61. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2008.09.004
3. Ghazali N. Treatment referral before and after the introduction of the Liverpool Patients Concerns Inventory (PCI) into routine head and neck oncology outpatient clinics. *Support Care Cancer* 2011;19(11):1879–86. DOI: 10.1007/s00520-011-1222-9
4. Flexen J., Ghazali N. Identifying appearance-related concerns in routine follow-up clinics following treatment for oral and oropharyngeal cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2012;50(4):314–20. DOI: 10.1016/j.bjoms.2011.05.005
5. Важенин А.В., Циринг Д.А. Психологические факторы обращения женщин с заболеванием раком молочной железы за специализированной медицинской помощью. *Вопросы онкологии* 2023;69(1):102–7. Vazhenin A.V., Tsiring D.A. Psychological factors of women with breast cancer seeking specialized medical care. *Voprosy onkologii = Issues of Oncology* 2023;69(1):102–7. (In Russ.).
6. Ghazali N., Kanatas A. Use of the Patient Concerns Inventory to identify speech and swallowing concerns following treatment for oral and oropharyngeal cancer. *J Laryngol Otol* 2012;126(8):800–8. DOI: 10.1017/S0022215112001107

7. Kanatas A., Ghazali N. The identification of mood and anxiety concerns using the patients concerns inventory following head and neck cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012;41(4):429–36. DOI: 10.1016/j.ijom.2011.12.021
8. Rogers S.N., Cleator A.J. Identifying pain-related concerns in routine follow-up clinics following oral and oropharyngeal cancer. *World J Clin Oncol* 2012;3(8):116–25. DOI: 10.5306/wjco.v3.i8.116
9. Ghazali N., Cadwallader E. Fear of recurrence among head and neck cancer survivors: longitudinal trends. *Psychooncology* 2013;22(4):807–13. DOI: 10.1002/pon.3069
10. Ghazali N., Kanatas A. The Patient Concerns Inventory: a tool to uncover unmet needs in a cancer outpatient clinic. *Bull Royal College Surg Engl* 2013;95(3):1–6. DOI: 10.1308/147363513X13500508919899
11. Ghazali N., Roe B., Lowe D., Rogers S.N. Uncovering patients' concerns in routine head and neck oncology follow up clinics: an exploratory study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2013;51(4):294–300. DOI: 10.1016/j.bjoms.2012.08.002
12. Kanatas A., Ghazali N., Lowe D. et al. Issues patients would like to discuss at their review consultation: variation by early and late stage oral, oropharyngeal and laryngeal subsites. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013;270(3):1067–74. DOI: 10.1007/s00405-012-2092-6
13. Hatta J.M., Doss J.G., Rogers S.N. The feasibility of using Patients Concerns Inventory (PCI) in managing Malaysian oral cancer patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2014;43(2):147–55. DOI: 10.1016/j.ijom.2013.08.006
14. Ghazali N., Roe B., Lowe D., Rogers S.N. Patients concerns inventory highlights perceived needs and concerns in head and neck cancer survivors and its impact on health-related quality of life. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2015;53(4):371–9. DOI: 10.1016/j.bjoms.2015.01.022
15. Rogers S.N., Hazeldine P. How often do head and neck cancer patients raise concerns related to intimacy and sexuality in routine follow-up clinics? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015;272(1):207–17. DOI: 10.1007/s00405-014-2971-0
16. Rogers S.N., Lowe D., Kanatas A. Suitability of the Patient Concerns Inventory as a holistic screening tool in routine head and neck cancer follow-up clinics. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016;54(4):415–21. DOI: 10.1016/j.bjoms.2016.01.018
17. Allen S., Lowe D., Harris R.V. et al. Is social inequality related to different patient concerns in routine oral cancer follow-up clinics? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2017;274(1):451–9. DOI: 10.1007/s00405-016-4208-x.2016Jul22
18. Breeze J., Morrison A., Dawson D. et al. Health-related quality of life after treatment for neoplasia of the major salivary glands: a pilot study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016;54(7):806–11. DOI: 10.1016/j.bjoms.2016.05.018
19. Aguilar M.L., Sandow P., Werning J.W. et al. The head and neck cancer Patient Concern Inventory: patient concerns' prevalence, dental concerns' impact, and relationships of concerns with quality of life measures. *J Prosthodont* 2017;26(3):186–95. DOI: 10.1111/jopr.12496
20. Rogers S.N., Pearson T., Lowe D. How easy and confident do patients feel about using an iPad to complete the Patient Concerns Inventory without assistance in a busy head and neck oncology outpatient review clinic. *Oral Cancer* 2017;1:1–5. DOI: 10.1007/s41548-017-0001-9
21. Ghazali N., Roe B., Lowe D. et al. Using the patients concerns inventory for distress screening in post-treatment head and neck cancer survivors. *J Craniomaxillofac Surg* 2017;45(10):1743–8. DOI: 10.1016/j.jcms.2017.07.009
22. Miller N., Rogers S.N. A review of question prompt lists used in the oncology setting with comparison to the patient concerns inventory. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2018;27(1). DOI: 10.1111/ecc.12489
23. Ozakinci G., Swash B., Humphris G. et al. Fear of cancer recurrence in oral and oropharyngeal cancer patients: an investigation of the clinical encounter. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2018;27(1). DOI: 10.1111/ecc.12785
24. Rogers S.N., Ahiaku S., Lowe D. Is routine holistic assessment with a prompt list feasible during consultations after treatment for oral cancer? *Br J Oral Maxillofac Surg* 2018;56(1):24–8. DOI: 10.1016/j.bjoms.2017.09.013
25. Kanatas A., Rogers S.N. The role of the Head and Neck cancer-specific Patient Concerns Inventory (PCI-HN) in telephone consultations during the COVID-19 pandemic. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2020;58(5):497–9. DOI: 10.1016/j.bjoms.2020.04.010
26. Пономарева И.В., Пахомова Я.Н. Психологические особенности больных злокачественными новообразованиями наиболее частых локализаций. *Паллиативная медицина и реабилитация* 2023;2:41–7. Ponomareva I.V., Pakhomova Ya.N. Psychological characteristics of patients with malignant neoplasms of the most common localizations. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya = Palliative Medicine and Rehabilitation* 2023;2:41–7. (In Russ.).
27. Aminnudin A.N., Doss J.G., Ismail S.M. et al. Can post-treatment oral cancer patients' concerns reflect their cancer characteristics, HRQoL, psychological distress level and satisfaction with consultation? *Ecancermedicalscience* 2020;14:1118. DOI: 10.3332/ecancer.2020.1118
28. Broderick D. Mr., Lowe D., Kanatas A., Rogers S.N. How much of a problem is too much saliva for patients following head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2020;58(9):e51–6. DOI: 10.1016/j.bjoms.2020.05.033
29. Elaldi R., Roussel L.M., Gal J. et al. Correlations between long-term quality of life and patient needs and concerns following head and neck cancer treatment and the impact of psychological distress. A multicentric cross-sectional study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2021;278(7):2437–45. DOI: 10.1007/s00405-020-06326-8
30. Rogers S.N., Monssen C., Humphris G.M. et al. Which head and neck cancer patients are most at risk of high levels of fear of cancer recurrence. *Front Psychol* 2021;12:671366. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.671366
31. Twigg J., Kanatas A., Humphris G.M. et al. Risk stratification for poor health-related quality of life following head and neck cancer through the aid of a one-page item prompt list. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2021;51(8):1000–6. DOI: 10.1016/j.ijom.2021.08.028
32. Ezeofor V., Spencer L.H., Rogers S.N. et al. An economic evaluation supported by qualitative data about the Patient Concerns Inventory (PCI) versus standard treatment pathway in the management of patients with head and neck cancer. *Pharmacoecon Open* 2022;6(3):389–403. DOI: 10.1007/s41669-021-00320-4
33. Mortensen A., Wessel I., Rogers S.N. et al. Needs assessment in patients surgically treated for head and neck cancer – a randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 2022;30(5):4201–18. DOI: 10.1007/s00520-021-06759-9
34. Лукина Е.Ю., Важенин А.В., Кузнецова А.И. Оценка эффективности применения сочетанной фотонно-нейтронной терапии в зависимости от глубины залегания первичного очага у пациентов со злокачественными новообразованиями головы и шеи. *Опухоли головы и шеи* 2011;3:11–6. Lukina E.Yu., Vazhenin A.V., Kuznetsova A.I. Evaluation of the effectiveness of combined photon-neutron therapy depending on the depth of the primary lesion in patients with malignant neoplasms of the head and neck. *Opukholi golovy i shei = Head and Neck Tumors* 2011;3:11–6. (In Russ.).
35. Rogers L.Q., Courneya K.S., Robbins K.T. et al. Physical activity and quality of life in head and neck cancer survivors. *Support Care Cancer* 2006;14(10):1012–9. DOI: 10.1007/s00520-006-0044-7
36. Lee Y.H., Lai G.M., Lee D.C. et al. Promoting physical and psychological rehabilitation activities and evaluating potential links among cancer-related fatigue, fear of recurrence, quality of life, and physiological indicators in cancer survivors. *Integr Cancer Ther* 2018;17(4):1183–94. DOI: 10.1177/1534735418805149

Вклад авторов

А.И. Кузнецова: разработка концепции и дизайна исследования, сбор и обработка данных, написание текста статьи;

А.В. Важенин: разработка концепции и дизайна исследования, обзор литературы по теме статьи;

И.В. Пономарева, Е.С. Меньшикова: сбор и статистическая обработка данных;

Д.А. Циринг: сбор и обработка данных, редактирование.

Authors' contributions

A.I. Kuznetsova: development of the concept and design of research, data collection and processing, article writing;

A.V. Vazhenin: development of the concept and design of research, review of the literature on the topic of the article;

I.V. Ponomareva, E.S. Menshikova: data collection and statistical processing;

D.A. Tsiring: data collection and processing, editing.

ORCID авторов / ORCID of authors

А.И. Кузнецова / A.I. Kuznetsova: <https://orcid.org/0000-0002-2496-8273>

А.В. Важенин / A.V. Vazhenin: <https://orcid.org/0000-0002-7912-9039>

И.В. Пономарева / I.V. Ponomareva: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>

Д.А. Циринг / D.A. Tsiring: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare that they have no conflict of interest.

Финансирование. Статья подготовлена без спонсорской поддержки.

Funding. The article was prepared without sponsorship.

Соблюдение прав пациентов и правил биоэтики

Протокол исследования одобрен комитетом по биомедицинской этике ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Compliance with patient rights and principles of bioethics

The study protocol was approved by the South Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia.

All patients signed an informed consent to participate in the study.

Статья поступила: 20.09.2025. **Принята к публикации:** 23.12.2025. **Опубликована онлайн:** 18.03.2026.

Article submitted: 20.09.2025. **Accepted for publication:** 23.12.2025. **Published online:** 18.03.2026.