

## Сравнительная оценка качества жизни пациентов с меланомой хориоидеи при различных вариантах лечения

И.Е. Панова<sup>1</sup>, А.С. Мочалова<sup>1</sup>, Ю.С. Клевакина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра офтальмологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава России;

<sup>2</sup>Поликлиника при ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», Челябинск

Контакты: Анна Сергеевна Мочалова [motchalova-anna@mail.ru](mailto:motchalova-anna@mail.ru)

В статье проведен анализ показателей качества жизни пациентов с меланомой хориоидеи (МХ) после органосохраняющего и органосохранного лечения. Установлено, что качество жизни у пациентов с МХ после различных видов лечения не имело статистически значимых различий. Выполнение энуклеации у больных МХ обеспечивает более высокие показатели по блоку эмоционального благополучия после выполнения оперативного вмешательства. У пациентов после органосохранного лечения имело место достоверное снижение качества жизни как суммарного показателя в отдаленном периоде наблюдения.

**Ключевые слова:** качество жизни, меланома хориоидеи, энуклеация, органосохранные методы лечения

### Comparative estimation of quality of life in patients with choroidal melanoma after different treatment options

I. Ye. Panova<sup>1</sup>, A. S. Mochalova<sup>1</sup>, Yu. S. Klevakina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Ophthalmology, Faculty for Postgraduate and Additional Professional Education, Chelyabinsk State Medical Academy, Ministry of Health of Russia;

<sup>2</sup>Polyclinic, Regional Clinical Oncology Dispensary Three, Chelyabinsk

The paper analyzes quality-of-life indicators in patients with choroidal melanoma after organ-removing and organ-saving treatments. Their quality of life after different treatments was found to have no statistically significant differences. Enucleation in patients with choroidal melanoma ensured higher values in the block of emotional well-being after surgery. After organ-saving treatment, the patients showed a significant reduction in quality of life as a total score in the late follow-up period.

**Key words:** quality of life, choroidal melanoma, enucleation, organ-saving treatments

### Введение

Качество жизни — совокупность объективных и субъективных характеристик, отражающих ощущение жизненного комфорта, физического и психологического благополучия [1].

Оценка качества жизни признается полноправным компонентом обследования состояния здоровья пациента и является одним из критериев эффективности лечения больного [2–7]. Исследования качества жизни в офтальмологии проводилось в основном у больных с катарактой, глаукомой, возрастной макулярной дистрофией сетчатки, и лишь в немногочисленных публикациях имеются данные об оценке качества жизни у онкоофтальмологических пациентов [8–13].

Для проведения оценки качества жизни выделяют 4 основные сферы человеческой жизнедеятельности: физическая — отражающая такие факторы, как боль, способность к движению; психическая — включающая чувственное восприятие, счастье, самоуважение, тревогу; социальная — характеризующая взаимодействие с другими людьми, дружбу, степень одиночества; функциональная — отражающая возможность выполнения

повседневных задач, степень адаптации к обычной жизни.

Изменения составляющих качества жизни рельефно проявляются у онкологических больных, причем во многом они определяются этапом лечения опухолевого процесса [14–17]. Исследование качества жизни после завершения лечения позволяет осуществлять длительный мониторинг состояния больного в период реабилитации, отслеживать ранние и поздние осложнения заболевания, а также побочные эффекты, нередко приводящие к инвалидизации.

На сегодняшний день в лечении пациентов с меланомой хориоидеи (МХ), помимо органосохраняющего лечения (энуклеации), применяются различные органосохранные методики: брахитерапия, транспупиллярная термотерапия и их комбинации [18, 19].

Уvealная меланома, наиболее распространенная из внутриглазных злокачественных новообразований, является агрессивной опухолью с возможностью метастатического поражения различных органов и систем, что определяет необходимость пожизненного диспансерного наблюдения пациентов [20, 21].

Для повышения эффективности лечения, учитывая тяжесть заболевания, высокую степень инвалидизации, комплексная оценка состояния качества жизни у данной категории больных является актуальной.

Целью данного исследования явилось изучение качества жизни пациентов с МХ при различных вариантах лечения (органосохраняющего и органосохранного) на основе анализа разных видов благополучия.

### Материалы и методы

Исследование проводилось в условиях офтальмо-онкологического центра Челябинского областного клинического онкологического диспансера на основе анкетирования пациентов. Для исследования качества жизни использовался канцероспецифический опросник Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G), созданный в 1998 г. Данный опросник состоит из общих вопросов, оценивающих 4 основные сферы жизнедеятельности пациентов: сфера физического благополучия; социального или семейного благополучия; эмоционального благополучия; повседневного благополучия.

Согласно методологии опросника, качество жизни оценивалось по 3 градациям («хорошее», «удовлетворительное», «плохое»), при этом чем меньше была сумма баллов у пациента, тем более низким являлось качество жизни и ее элементов. Максимальная сумма составляет 108 баллов.

В данном исследовании проведен анализ качества жизни у 72 больных МХ, из них женщин — 63%, мужчин — 37%. Средний возраст пациентов составил  $59,55 \pm 11,89$  года. Сравнительный анализ качества жизни проведен в 2 группах пациентов: исследуемая группа I (ИГ I) — 30 пациентов с МХ в стадии T2–3N0M0, которым выполнено органосохраняющее ле-

Таблица 1. Оценка качества жизни пациентов и отдельных видов благополучия при различных вариантах лечения

Вид благополучия	ИГ I (n = 30)	ИГ II (n = 42)
	количество баллов, сред. $\pm \sigma$ (%)	количество баллов, сред. $\pm \sigma$ (%)
Физическое	24,9 $\pm$ 4,641 (77,8)	26,2 $\pm$ 5,165 (81,7)
Социальное	16,5 $\pm$ 5,53 (68,9)	15,5 $\pm$ 6,518 (64,7)
Эмоциональное	17,1 $\pm$ 4,35 (71,3)	16,0 $\pm$ 3,86 (66,6)
Повседневное	18,0 $\pm$ 5,796 (64,4)	17,9 $\pm$ 5,562 (64,4)
Суммарный показатель	76,6 $\pm$ 15,87 (70,9)	75,6 $\pm$ 11,94 (70,0)

Примечание: \* достоверность различий между группами пациентов, получивших органосохранное лечение, и пациентов после органосохраняющего лечения ( $p < 0,05$ ): сред. — среднее значение;  $\sigma$  — стандартное отклонение

чение — энуклеация глазного яблока; исследуемая группа II (ИГ II) — 42 пациента — включает больных МХ в стадии T2–3N0M0, которые получили органосохранное лечение (брахитерапию, транспуиллярную термотерапию и их комбинации). Выполнение того или иного вида лечения определялось стадийностью и течением опухолевого процесса. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, больные не имели декомпенсированной соматической патологии, которая могла бы повлиять на результаты исследования.

Анализ различных видов благополучия проводился в течение первого месяца после лечения на госпитальном этапе, а также после лечения через 1 мес и более после выписки из стационара.

Таблица 2. Анализ качества жизни пациентов при различных вариантах лечения

Вид благополучия	ИГ I (n = 30)			ИГ II (n = 42)		
	хорошее	удовлетворительное	плохое	хорошее	удовлетворительное	плохое
	Число больных (p $\pm$ СОД)	Число больных (p $\pm$ СОД)	Число больных (p $\pm$ СОД)	Число больных (p $\pm$ СОД)	Число больных (p $\pm$ СОД)	Число больных (p $\pm$ СОД)
Физическое	66,7 $\pm$ 0,086	33,3 $\pm$ 0,086	0	83,3 $\pm$ 0,058	16,7 $\pm$ 0,058	0
Социальное	66,7 $\pm$ 0,086	16,7 $\pm$ 0,068	16,7 $\pm$ 0,068	54,8 $\pm$ 0,077	33,3 $\pm$ 0,073	11,9 $\pm$ 0,050
Эмоциональное	76,7 $\pm$ 0,077*	20 $\pm$ 0,073	3,3 $\pm$ 0,086	50 $\pm$ 0,077*	45,2 $\pm$ 0,077	4,8 $\pm$ 0,077
Повседневное	53,3 $\pm$ 0,091	36,7 $\pm$ 0,088	10 $\pm$ 0,055	45,2 $\pm$ 0,077	45,2 $\pm$ 0,077	9,5 $\pm$ 0,033
Суммарный показатель	73,3 $\pm$ 0,081	26,7 $\pm$ 0,081	0	57,1 $\pm$ 0,076	42,9 $\pm$ 0,076	0

Примечание: \* достоверность различий между группами пациентов, получивших органосохранное лечение, и пациентов после органосохраняющего лечения ( $p < 0,05$ ): p — доля (%); СОД — стандартная ошибка доли.

Таблица 3. Динамика балльной оценки качества жизни пациентов при различных вариантах лечения

Срок наблюдения	Оценка благополучия по видам, сред. $\pm$ $\sigma$ (%)				
	физическое	социальное	эмоциональное	повседневное	Суммарный показатель
<b>Органоуносящее лечение (ИГ I)</b>					
До 1 мес ( $n = 14$ )	25,5 $\pm$ 5,8 (80 %)	16 $\pm$ 6,5 (67 %)	17,9 $\pm$ 4,2 (74 %)	18,9 $\pm$ 5,5 (67 %)	78,2 $\pm$ 19,7 (72 %)
От 1 мес до 1 года ( $n = 6$ )	24,2 $\pm$ 4,7 (76 %)	16,2 $\pm$ 3,2 (67 %)	14,2 $\pm$ 4,8 (59 %)	13,7 $\pm$ 6,6 (49 %)	68,2 $\pm$ 17,4 (63 %)
Более 1 года ( $n = 10$ )	24,5 $\pm$ 2,8 (77 %)	17,5 $\pm$ 5,5 (62 %)	17,8 $\pm$ 3,9 (74 %)	19,5 $\pm$ 4,9 (70 %)*	79,3 $\pm$ 4,9 (73 %)*
<b>Органосохранное лечение (ИГ II)</b>					
До 1 мес ( $n = 20$ )	27,8 $\pm$ 4,7 (87 %)	17,9 $\pm$ 4,6 (75 %)**	15 $\pm$ 4,4 (63 %)	19,8 $\pm$ 5,6 (71 %)**	80,5 $\pm$ 12,7 (75 %)**
От 1 мес до 1 года ( $n = 10$ )	24,6 $\pm$ 5,3 (77 %)	14,5 $\pm$ 8,1 (60 %)	16,4 $\pm$ 3,7 (68 %)	17,1 $\pm$ 6,1 (61 %)	72,6 $\pm$ 10,6 (67 %)
Более 1 года ( $n = 12$ )	24,8 $\pm$ 5,4 (77 %)	12,4 $\pm$ 6,8 (52 %)**	17,3 $\pm$ 2,7 (72 %)	15,4 $\pm$ 4,3 (55 %)*/**	69,8 $\pm$ 8,7 (65 %)*/**

**Примечание:** \* достоверность различий между группами пациентов после органоуносящего лечения и органосохранного лечения в зависимости от вида лечения ( $p < 0,05$ );

\*\* достоверность различий внутри группы пациентов после органосохранного лечения ( $p < 0,05$ ); сред. — среднее значение;  $\sigma$  — стандартное отклонение.

Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики с помощью программы Statistica 6.0 для Windows.

### Результаты исследования и их обсуждение

В соответствии с задачами исследования проведен анализ различных видов благополучия в исследуемых группах пациентов при различных вариантах лечения. Согласно полученным данным, представленным в табл. 1, качество жизни у больных обеих групп после лечения было оценено как «хорошее», составило 76,56 и 75,55 балла соответственно и не имело статистически значимых различий в сравниваемых группах как по суммарному показателю, так и по отдельным видам благополучия.

В ходе исследований, представленных в табл. 2, количественного состава пациентов с оценкой отдельных видов благополучия и качества жизни, в целом как суммарного показателя, по 3 градациям (хорошее, удовлетворительное, плохое) установлено наличие статистически достоверных различий лишь в блоке эмоционального благополучия (77% в ИГ I против 50% в ИГ II). Вероятно, данный факт определяется более стабильным эмоциональным состоянием пациентов с МХ после удаления пораженного органа, нежели после выполнения органосохранного лечения.

С учетом длительности наблюдения пациентов, при оценке в динамике качества их жизни в сроки до 1 мес, от 1 мес до 1 года и более 1 года, получены результаты, представленные в табл. 3. Как показали наши исследования, суммарный показатель качества жизни при орга-

ноуносящем лечении в отдаленные сроки после операции был достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у пациентов, получивших органосохранное лечение. При анализе отдельных видов благополучия были установлены различия в блоке повседневного благополучия, которое у пациентов с выполненной энуклеацией было достоверно выше, чем у больных после органосохранного лечения ( $p < 0,05$ ). Вероятно, данный факт объясняется необходимостью более частого динамического наблюдения при выполнении органосохранного лечения, а также возможных повторных госпитализаций.

Анализ динамики балльной оценки качества жизни у больных при различных вариантах лечения МХ (см. табл. 3) показал, что в группе пациентов после проведенной энуклеации (ИГ I) в различные временные периоды не выявлено статистически достоверных различий, в то время как при выполнении органосохранного лечения суммарный показатель качества жизни достоверно уменьшался на сроке наблюдения более 1 года за счет снижения повседневного и социального благополучия. Это свидетельствует о том, что в процессе динамического наблюдения более значимыми становятся проблемы социальной адаптации, в то время как эмоциональная сфера, физическое состояние пациентов остаются стабильными.

Кроме того, следует отметить, что пациенты, которым была выполнена первичная энуклеация, имели достоверно лучшее качество жизни ( $83,5 \pm 7,36$  балла) по сравнению с пациентами, которым была выполнена отсроченная энуклеация ( $69,7 \pm 19,12$  балла) после неэффективного лечения ( $p < 0,05$ ).

**Выводы**

1. У больных МХ изменения уровня качества жизни после органосохранного и органосоносящего лечения не показали статистически достоверных различий.

2. Анализ отдельных видов благополучия при различных вариантах лечения свидетельствует о достоверно более высоких показателях по блоку эмоционального

благополучия у пациентов после энуклеации пораженного органа.

3. При динамическом наблюдении пациентов в течение 1 года и более после различных видов лечения отмечается достоверное уменьшение суммарного показателя качества жизни после органосохранного лечения.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Лебеденко И.М., Тепляков В.В., Ковалевский Е.Е., Малаева Н.С. Количественная оценка состояния систем жизнеобеспечения и качества жизни при комплексном лечении больных диссеминированным раком молочной железы. Вопросы онкологии 2002;6:728–31.
2. Aaronson N.K. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. Cancer 1991;67(3):844–50.
3. Detmar S.B., Aaronson N.K. Quality of life assessment in daily clinical oncology practice: a feasibility study. Eur J Cancer 1998;34(8):1181–6.
4. Hicks J.E., Lampert M.H., Gerber L.H. et al. Functional outcome update in patients with soft tissue sarcoma undergoing wide local excision and radiation. Arch Phys Med Rehabil 1985;66:542–3.
5. Rosenberg S.A. Soft tissue sarcoma of the extremities. In: Sugarbaker P.H., Nicholson T.H., eds. Atlas of extremity sarcoma surgery. Philadelphia: Lippincott, 1984:1–17.
6. Sugarbaker P.H., Barofsky I., Rosenberg S.A., Gianola F.J. Quality of life assessment of patients in extremity sarcoma clinical trials. Surgery 1982;91:17–23.
7. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля. Онкология 2000;2(1–2):25–8.
8. Amaro T.A., Yazigi L., Erwenne C. Psychological aspects and quality of life in uveal melanoma patients during the treatment process by ocular bulb remotion. Arq Bras Oftalmol 2006 Nov–Dec; 69(6):889–94.
9. Brandberg Y., Kock E., Oskar K. et al. Psychological reactions and quality of life in patients with posterior uveal melanoma treated with ruthenium plaque therapy or enucleation: a one year follow-up study. Eye 2000 Dec;14(Pt 6):839–46.
10. Chabert S., Velikay-Parel M., Zehetmayer M. Influence of uveal melanoma therapy on patients' quality of life: a psychological study. Acta Ophthalmol Scand 2004 Feb;82(1):25–31.
11. Илларионова А.Р. Исследование качества жизни у больных глаукомой. Вестник оториноларингологии 2003;3:11–5.
12. Кузьмичева О.В. Особенности качества жизни больных катарактой и глаукомой до и после хирургического лечения. Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2011.
13. Нерпина М.Е., Пожарицкая Е.М., Южакова О.И. Оценка качества жизни у пациентов на поздних стадиях возрастной макулярной дегенерации. Актуальные проблемы офтальмологии. VI Всеросс. научн. конф. молодых ученых. Сб-к научн. работ под ред. Х.П. Тахчиди. М.: Изд-во «Офтальмология», 2011. <http://www.eyepress.ru/>
14. Бровкина А.Ф. Современные аспекты лечения меланом хориоидеи: проблемы, дискуссионные вопросы. Вестник офтальмологии 2006;1:13–5.
15. Важенин А.В., Панова И.Е., Бухтиярова Н.В. и др. Транспупиллярная термотерапия в системе совершенствования органосохранного лечения увеальной меланомы. Мат. VI Всеросс. съезда онкологов «Современные технологии в онкологии». Ростов н/Д, 2005. С. 126–7.
16. Henderson M.A., Shirazi H., Lo S.S. et al. Stereotactic radiosurgery and fractionated stereotactic radiotherapy in the treatment of uveal melanoma. Technol Cancer Res Treat 2006;5:411–9.
17. Shields J.A., Shields C.L. Intraocular tumors: a text and atlas. W.B. Saunders: Philadelphia, PA, 1993. Pp. 176–205.
18. Новицкий А.В., Сухонос Ю.А., Петленко С.В. Прогностическое значение общего качества жизни у больных злокачественными лимфомами. Росс. биомед. журнал «Медлайн. Ру» 2009;10. <http://www.medline.ru>
19. Аполихин О.И., Чернышев И.В., Сивков А.В. и др. Сравнительная оценка качества жизни больных раком простаты после радикальной простатэктомии и брахитерапии. <http://samara.uroweb.ru>
20. Миллер С.В., Чойнзонов Е.Л., Балацкая Л.Н. и др. Оценка качества жизни больных раком легкого после комбинированного лечения. 2003. <http://www.oncology.tomsk.ru>
21. Горбунова В.А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных. Мат. IV ежегодной Росс. онкол. конф. М., 2000. С. 125–127.