

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ НА ЭТАПАХ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ И В ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ

С.Ю. Чижевская¹, Е.Л. Чойнзонов^{1,2}, Л.Н. Балацкая¹

Томский НИИ онкологии¹

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ, г. Томск²

634050, г. Томск, пер. Кооперативный, 5, e-mail: sch@oncology.tomsk.ru¹

Аннотация

В исследование включено 96 больных с морфологически верифицированным раком гортани и гортаноглотки II–IV ($T_{2-4}N_{0-2}M_0$) стадий, получавших комбинированное лечение в Томском НИИ онкологии. Всем пациентам проводилось 2 курса неoadъювантной химиотерапии с интервалом 3–4 нед по схеме паклитаксел – 175 мг/м², карбоплатин – АUC-6, с последующей лучевой терапией в режиме мультифракционирования дозы по 1,3 Гр, 2 раза в день с интервалом 4 ч, с оценкой эффекта на СОД 40 изоГр. Затем больным, у которых была достигнута полная регрессия (n=33), продолжали проводить лучевую терапию в режиме мультифракционирования дозы до СОД 65 изоГр. Пациентам, эффект лечения которых был оценен как частичная регрессия и стабилизация (n=63), выполнялось хирургическое лечение. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника EORTC QLQ-30 и специфического опросника для опухолей головы и шеи QLQ – H&N35. Показатели качества жизни как критерий оценки эффективности проводимого лечения коррелируют с достоверно лучшими результатами химиолучевой терапии при достижении полной регрессии опухоли, в сравнении с комбинированным лечением, включающим хирургическое вмешательство по показателям 2-летней общей и безрецидивной выживаемости. Динамика значений модулей EORTC QLQ-30 и QLQ – H&N35 свидетельствует о сопряженной зависимости показателей значений качества жизни от методов проводимого лечения.

Ключевые слова: рак гортани и гортаноглотки, качество жизни, комбинированное лечение.

Злокачественные новообразования гортани и гортаноглотки представляют одну из самых актуальных и социально значимых проблем в современной онкологии, являясь наиболее частыми локализациями среди органов головы и шеи. В структуре общей заболеваемости злокачественными опухолями рак гортани составляет 1,8–5 %, рак гортаноглотки – 0,4–1,3 % [5, 6, 8, 10, 12]. Значительная распространенность рака гортани и гортаноглотки, сложность и стойкость нарушенных функций дыхания, речи, глотания, сопровождающихся длительной и нередко стойкой утратой трудоспособности, ставят проблему реабилитации и качества жизни больных в ряд важнейших медико-социальных проблем [1–3, 11, 13].

В настоящее время качество жизни (КЖ) онкологических больных является одним из основных критериев оценки эффективности проводимого лечения наряду с традиционными клиническими показателями: первичным опухолевым ответом, непосредственными и отдаленными результатами лечения, выживаемостью [7]. В современной он-

кологии складывается такая ситуация, когда и сам пациент, и врач закономерно ставят вопрос о повышении качества жизни как на этапах лечения, так и после его завершения. Уникальность проведения исследований качества жизни состоит в том, что именно данная методология открывает возможности точного описания и измерения сложной гаммы многоплановых нарушений, которые происходят с онкологическим больным при комбинированном лечении и после его окончания, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного.

Таким образом, несмотря на достигнутые успехи в лечении рака гортани и гортаноглотки, многие аспекты этой проблемы остаются нерешенными. Все вышеизложенное определяет актуальность дальнейших исследований по поиску новых и совершенствованию существующих способов комбинированного лечения данной локализации, оценки его эффективности и качества жизни больных.

Целью исследования является улучшение качества жизни больных раком гортани и гортаноглотки путём совершенствования метода комбини-

Таблица 1

Показатели функциональных шкал у больных раком гортани и гортаноглотки (EORTC QLQ-30)

Функциональные шкалы	I группа	II группа
Физическое функционирование	77,8±7,2	79,7 ± 5,1
Рольное функционирование	76,4 ± 7,4	73,8 ± 5,5
Эмоциональное функционирование	53,6 ± 8,7	51,3 ± 6,3
Познавательное функционирование	81,6 ± 6,7	79,9 ± 5,0
Социальное функционирование	72,4 ± 7,8	71,2 ± 5,7

рованной терапии с использованием современных противоопухолевых препаратов и режимов лучевой терапии.

Материал и методы

Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника EORTC QLQ-30 и специфичного опросника для опухолей головы и шеи QLQ – H&N35. Пациенты обследованы в динамике: до начала лечения, на этапах комбинированного лечения, через 12 и 24 мес после лечения. Динамическое исследование качества жизни позволяет осуществлять длительный мониторинг состояния больного в период лечения и реабилитации, регистрировать ранние и поздние осложнения.

В исследование включено 96 больных с морфологически верифицированным раком гортани и гортаноглотки II–IV ($T_{2-4}N_{0-2}M_0$) стадий, получавших комбинированное лечение в Томском НИИ онкологии. Пациентам проводилось 2 курса неoadъювантной химиотерапии (НАХТ) с интервалом 3–4 нед по схеме паклитаксел – 175 мг/м², карбоплатин – АУС-6, с последующей лучевой терапией в режиме мультифракционирования дозы по 1,3 Гр, 2 раза в день с интервалом 4 ч, с оценкой эффекта на СОД 40 изоГр. Затем больным, у которых была достигнута полная регрессия (n=33), продолжали проводить лучевую терапию в режиме мультифракционирования дозы до СОД 65 изоГр (I группа). Пациентам, эффект лечения которых был оценен как частичная регрессия и стабилизация (n=63), выполнилось хирургическое лечение (II группа).

При изучении качества жизни, по данным результатов анкетирования, пропущенные случаи составили 6,4 %. Все изменения параметров имели диапазон от 0 до 100 баллов. По функциональным шкалам более высокое количество баллов означает более высокий (лучший) уровень функционирования, по симптоматическим шкалам более высокие показатели указывают на высокий (худший) уровень симптомов.

Результаты исследования

До начала лечения у больных обеих групп определялись исходно низкие показатели качества жизни по функциональным шкалам (табл. 1), которые были сопоставимы и не имели статистически значимых различий ($p>0,05$). Снижение показателей по функциональным шкалам обу-

словлено наличием злокачественного процесса, госпитализацией в онкологический стационар, информированием о методах и сроках лечения, ухудшением общего состояния пациента и, как следствие, депрессивным состоянием, которое связано с личной тревогой по поводу исхода заболевания и возможности сохранения прежнего социального статуса.

Подобная тенденция прослеживается и при оценке качества жизни по симптоматическим шкалам и общему статусу здоровья (табл. 2). В обеих группах отмечаются высокие показатели таких симптомов, как слабость, боль, нарушение сна. Достаточно высокий показатель симптома «одышка» – 43,8 ± 8,6 и 51,6 ± 6,3 балла – связан с нарушением дыхательной функции из-за наличия опухолевого процесса в гортани и гортаноглотке. Наблюдаются низкие показатели общего статуса здоровья – 53,2 ± 8,7 и 52,6 ± 6,3 балла. Статистически значимых отличий в группах больных до начала лечения по шкалам опросника EORTC QLQ-30 не выявлено ($p>0,05$).

Одновременно с исследованием качества жизни с помощью опросника EORTC QLQ-30 проведено анкетирование пациентов исследуемых групп по специфичному опроснику для опухолей головы и шеи QLQ – H&N35. Мы изучили динамику изменений таких патологических симптомов, как дыхательная и голосовая функции, глотание, социальные контакты. Данные, приведенные в табл. 3, указывают на то, что в сравниваемых группах выраженность симптомов заболевания до начала лечения статистически значимо не отличалась ($p>0,05$).

Одышка у всех больных была одним из основных симптомов, что связано с наличием злокачественной опухоли, а также имеющимся у большинства пациентов хроническим бронхитом курильщика. Нарушение голосовой функции разной степени осиплости отмечено у всех больных, что проявлялось слабостью голоса, его быстрой утомляемостью или полным отсутствием звуковой речи. Проблемы с глотанием составили 27,8 ± 7,8 и 26,9 ± 5,9 балла. Такой симптом, как «социальные контакты», связан с нарушением голосовой и дыхательной функций, что не давало пациентам возможности полноценного общения в быту, по телефону, вследствие затруднения при речевом общении.

Таким образом, исходные показатели качества жизни в сравниваемых группах определялись рас-

Таблица 2

Показатели симптоматических шкал и общего статуса здоровья у больных раком гортани и гортаноглотки (EORTC QLQ-30)

Симптомы	I группа	II группа
Слабость	28,6 ± 7,9	29,8 ± 5,7
Боль	21,4 ± 7,1	20,8 ± 5,1
Одышка	43,8 ± 8,6	51,6 ± 6,3
Нарушение сна	27,6 ± 7,8	28,2 ± 5,7
Общий статус здоровья	53,2 ± 8,7	52,6 ± 6,3

Таблица 3

Показатели симптоматических шкал у больных раком гортани и гортаноглотки QLQ – H&N35

Симптомы	I группа	II группа
Голосовая функция	34,3 ± 8,3	32,5 ± 5,9
Глотание	27,8 ± 7,8	26,9 ± 5,9
Социальные контакты	22,6 ± 7,3	24,8 ± 5,4

Таблица 4

Показатели функциональных шкал у больных раком гортани и гортаноглотки после химиолучевого этапа лечения (EORTC QLQ-30)

Функциональные шкалы	I группа	II группа
Физическое функционирование	89,4 ± 5,3	80,2 ± 5,0
Рольное функционирование	82,3 ± 6,6	75,7 ± 5,4
Эмоциональное функционирование	77,3 ± 7,3	71,8 ± 5,7
Познавательное функционирование	86,1 ± 6,0	84,6 ± 4,5
Социальное функционирование	74,7 ± 7,5	72,1 ± 5,6

пространенностью злокачественного процесса. В сравнительном аспекте не выявлено каких-либо существенных различий по общему статусу здоровья, симптоматическим и функциональным шкалам, что дает основание считать группы сопоставимыми по указанным критериям. Определяемые исходные показатели у больных исследуемых групп позволили в последующем провести динамическую оценку качества жизни на этапах лечения и в отдаленные сроки наблюдения.

Оценка параметров качества жизни после 2 курсов НАХТ по схеме паклитаксел/карбоплатин с последующей лучевой терапией в режиме мультифракционирования дозы с оценкой эффекта на СОД 40 изоГр изучена у 96 больных раком гортани и гортаноглотки. При анализе функциональных шкал (табл. 4) показано, что происходит повышение уровня физического функционирования по сравнению с исходными значениями в I группе – с 77,8 ± 7,2 до 89,4 ± 5,3 балла, во II группе – с 79,7 ± 5,1 до 80,2 ± 5,0 баллов, что связано с непосредственным эффектом противоопухолевой терапии, уменьшением размеров опухоли. Немаловажное значение при этом имеют сопроводительная терапия и коррекция сопутствующей патологии. Кроме того, зафиксировано повышение эмоционального ($p < 0,05$), рольного и познавательного функционирования относительно исходных показателей. Однако показатели социального функционирования после проведенного лечения,

по сравнению с исходным уровнем, в обеих группах оставались практически без изменений, что может свидетельствовать о социальной дезадаптации больных за счет длительного пребывания в стационаре.

Повышение уровня показателей по функциональным шкалам коррелирует с динамикой уменьшения выраженности симптомов заболевания (табл. 5). После проведения химиолучевого лечения выявлено статистически значимое уменьшение выраженности симптомов «одышка» в I группе – с 43,8 ± 8,6 до 34,7 ± 8,3 балла, во II группе – с 51,6 ± 6,3 до 50,9 ± 6,2 балла; «боль» – с 21,4 ± 7,1 до 15,1 ± 6,2 балла и с 20,8 ± 5,1 до 17,5 ± 4,8 балла соответственно. Различия между группами по симптому «одышка» статистически значимы ($p < 0,05$). Общий статус здоровья повысился у больных I группы с 53,2 ± 8,7 до 59,1 ± 8,5 балла; во II группе – с 52,6 ± 6,3 до 57,3 ± 6,2 балла. Уровень симптома «нарушение сна» после проведенного лечения оставался по-прежнему высоким в обеих группах.

Данные, полученные в результате оценки качества жизни больных по симптоматическим шкалам опросника QLQ – H&N35 (табл. 6), в сравнении с исходными показателями позволяют говорить о заметном снижении проблем, связанных с голосовой функцией, глотанием, в I группе. Так, уровень нарушения голосовой функции снизился с 34,3 ± 8,3 до 27,3 ± 7,7 балла. Это объясняется тем, что после

Таблица 5

Показатели симптоматических шкал и общего статуса здоровья у больных раком гортани и гортаноглотки после химиолучевого этапа комбинированного лечения (EORTC QLQ-30)

Симптомы	I группа	II группа
Слабость	20,5 ± 7,0	23,4 ± 5,3
Боль	15,1 ± 6,2	17,5 ± 4,8
Одышка	34,7 ± 8,3	50,9 ± 6,2
Нарушение сна	24,9 ± 7,9	26,7 ± 5,5
Общий статус здоровья	59,1 ± 8,5	57,3 ± 6,2

Таблица 6

Показатели симптоматических шкал у больных раком гортани и гортаноглотки после химиолучевого этапа лечения QLQ – H&N35

Симптомы	I группа	II группа
Голосовая функция	27,3 ± 7,7	31,1 ± 5,8
Глотание	19,8 ± 6,9	23,4 ± 5,3
Социальные контакты	20,3 ± 7,0	23,7 ± 5,3

Таблица 7

Показатели качества жизни после комбинированного лечения

Показатели	ХЛТ I группа (n=33)	ХЛТ + операция II группа (n=63)
EORTC QLQ-30		
Физическое функционирование	83,4 ± 6,5	58,1 ± 6,2
Ролевое функционирование	84,7 ± 6,3	49,2 ± 6,3
Эмоциональное функционирование	79,6 ± 7,0	63,5 ± 6,1
Познавательное функционирование	84,7 ± 6,3	67,9 ± 5,9
Социальное функционирование	82,2 ± 6,6	42,6 ± 6,2
Симптомы		
Слабость	14,8 ± 6,2	43,2 ± 6,2
Боль	8,3 ± 4,8	34,6 ± 5,9
Одышка	28,6 ± 7,9	30,9 ± 5,8
Нарушение сна	16,9 ± 6,5	31,4 ± 5,8
Общий статус здоровья	68,1 ± 8,2	45,0 ± 8,6
QLQ – H&N35		
Голосовая функция	25,8 ± 7,6	79,7 ± 5,0
Глотание	14,7 ± 6,2	42,3 ± 6,2
Социальные контакты	18,4 ± 6,7	46,8 ± 6,3

химиолучевого лечения отмечается выраженная регрессия опухоли, обусловленная уменьшением экзофитного компонента. В то же время во II группе больных отмечаются незначительные изменения по данным показателям КЖ, что связано с менее выраженным эффектом от лечения. Таким образом, высокая эффективность неoadьювантной химиотерапии при удовлетворительной ее переносимости и лучевой терапии в режиме мультифракционирования дозы позволила повысить качество жизни больных раком гортани и гортаноглотки.

Оценка эффекта химиолучевого лечения (ХЛТ) проводилась при достижении СОД 40 Гр по изоэффекту. Больным, у которых была достигнута полная регрессия, продолжали лучевую терапию в режиме мультифракционирования дозы до СОД 65 изоГр. Пациентам, эффект лечения которых был оценен как частичная регрессия и стабилизация, выполнялось хирургическое вмешательство. По-

казатели КЖ изучались после завершения комбинированного лечения: у больных I группы после окончания лучевой терапии, у больных II группы – на 14-е сут после операции (табл. 7).

После окончания радикального курса лучевой терапии в режиме мультифракционирования дозы (СОД 65 изоГр) уровень качества жизни (EORTC QLQ-30) по функциональным шкалам в I группе больных не только достигал исходных показателей, но и превышал их. Физическое функционирование составило 83,4 ± 6,5 балла при исходном показателе 77,8 ± 7,2 балла. Выявлено увеличение ролевого, познавательного и социального функционирования по сравнению с исходными данными. Отмечено статистически значимое (p<0,05) повышение эмоционального функционирования с 53,6 ± 8,7 до 79,6 ± 7,0 баллов.

Проведена сравнительная оценка качества жизни больных, эффект от проведенного химио-

лучевого лечения которых оценен как частичная регрессия или стабилизация процесса, на 14-е сут после оперативного вмешательства в объеме ларингэктомии или органосохраняющих операций. При исследовании выявлено статистически значимое снижение показателей физического ($58,1 \pm 6,2$ балла), социального ($42,6 \pm 6,2$ балла), познавательного ($67,9 \pm 5,9$ балла) и ролевого ($49,2 \pm 6,3$ балла) функционирования по сравнению с исходными ($p < 0,05$). При этом повышаются показатели эмоционального функционирования, что связано с окончанием лечения и планированием этапа голосовой реабилитации в условиях онкологического стационара. Показатели физического, ролевого, эмоционального, познавательного и социального функционирования после окончания комбинированного лечения у пациентов I группы значимо превышали аналогичные показатели во II группе ($p < 0,05$).

Уровень таких симптомов, как «одышка», «слабость», «боль», «нарушение сна», по опроснику EORTC QLQ-30 в I группе, по сравнению с исходными значениями, также снижается и достигает показателей $28,6 \pm 7,9$, $14,8 \pm 6,2$, $8,3 \pm 4,8$, $16,9 \pm 6,5$ балла соответственно ($p < 0,05$). Уровень общего статуса здоровья увеличился до $68,1 \pm 8,2$ балла ($p < 0,05$). У пациентов II группы нарастает уровень симптомов «слабость», «боль», «нарушение сна», что связано с объемом выполненного хирургического вмешательства. Однако показатель дыхательной функции «одышка» статистически значимо снижается и составляет $30 \pm 5,9$ балла, вследствие наложения трахеостомы ($p < 0,05$). Отмечается снижение общего уровня здоровья относительно исходных данных до $45,0 \pm 8,6$ балла. Сравнительный анализ показал, что у пациентов I группы симптомы «слабость», «боль», «нарушение сна» значительно ниже аналогичных показателей во II группе ($p < 0,05$). Такая же ситуация наблюдается при оценке общего статуса здоровья.

При оценке симптоматических шкал (QLQ – N&N35) отмечалось уменьшение проблем, связанных с голосовой функцией и социальными контактами у больных I группы, в сравнении с исходными. Снижается показатель голосовой функции с $34,3 \pm 5,7$ до $25,8 \pm 7,6$ балла, уменьшаются проблемы при социальных контактах с $22,6 \pm 7,3$ до $18,4 \pm 6,7$ балла.

В то же время при анализе симптоматических шкал у пациентов II группы проблемы с голосовой функцией возрастают до $79 \pm 4,6$ балла, социальные контакты ухудшаются до $46,8 \pm 6,3$ балла ($p < 0,05$), больные испытывают большие затруднения при речевом общении, в быту общаются с помощью письма.

Необходимо отметить, что снижение показателей практически всех шкал во II группе больных связано с тем, что хирургическое вмешательство неизбежно сопровождается выраженными нару-

шениями жизненно важных функций: голосовой и дыхательной, что приводит к потере трудоспособности и, как правило, получению II группы инвалидности (при ларингэктомии). Это наносит тяжелую психологическую травму больным по причине потери ими социального статуса. На данном этапе важным является проведение голосовой реабилитации больных, потому что качество жизни пациентов во многом зависит от того, насколько успешно прошел процесс голосовой реабилитации и в дальнейшем социальной адаптации.

Оценка качества жизни после окончания комбинированного лечения проводилась при динамическом наблюдении пациентов в контрольных точках, соответствующих 12 и 24 мес, относительно исходных данных до начала лечения. Это обусловлено сроками завершения реабилитационных мероприятий по восстановлению голосовой функции после хирургического вмешательства и социальной адаптации. По данным литературы и собственным наблюдениям, социальная адаптация больных раком гортани и гортаноглотки в зависимости от проведенного комбинированного лечения, объема хирургического вмешательства, общего состояния здоровья и психологической компенсации составляет от 6 до 12 мес [1, 2, 4, 9, 11].

При оценке качества жизни пациентов первой группы через 12 мес после радикального курса химиолучевого лечения отмечается статистически значимая ($p < 0,05$) положительная динамика по всем функциональным шкалам (табл. 8). Социальное функционирование составило $89,5 \pm 5,3$ балла, ролевое – $87,3 \pm 5,8$ балла, физическое – $87,2 \pm 5,8$ балла, что говорит о высокой социальной и психологической адаптации больных и возможности возвращения к трудовой деятельности.

В группе пациентов, получивших комбинированное лечение с хирургическим вмешательством, при оценке функциональных шкал практически не произошло изменений показателей физического функционирования – $79,3 \pm 5,1$ балла, социального – $73,4 \pm 5,6$ балла, ролевого функционирования – $77,2 \pm 5,3$ балла. Наряду с этим отмечается положительная динамика показателей, характеризующих психоэмоциональное состояние больных: эмоциональное функционирование составило $81,7 \pm 4,9$ балла ($p < 0,05$), улучшился уровень познавательной активности до $84,2 \pm 4,6$ балла.

При анализе симптоматических шкал выявлено, что симптоматика заболевания в обеих группах уменьшается, выявлено статистически значимое снижение симптомов «слабость», «одышка», «нарушение сна» в сравнении с исходными данными. Проблемы голосовой функции в I группе снизились до уровня $7,4 \pm 4,5$ балла ($p < 0,05$). Во II группе этот показатель составил $26,7 \pm 5,8$ балла, больные общаются в быту пищеводным голосом, не испытывают затруднений при разговоре по телефону. В целом выявлена статистически значимая

Таблица 8

Показатели качества жизни через 12 мес после комбинированного лечения

Показатели	ХЛТ I группа (n=33)	ХЛТ + операция II группа (n=63)
EORTC QLQ-30		
Физическое функционирование	87,2 ± 5,8	79,3 ± 5,1
Рольное функционирование	87,3 ± 5,8	77,2 ± 5,3
Эмоциональное функционирование	88,6 ± 5,3	81,7 ± 4,9
Познавательное функционирование	90,2 ± 5,2	84,2 ± 4,6
Социальное функционирование	89,5 ± 5,3	73,4 ± 5,6
Симптомы		
Слабость	7,3 ± 4,5	20,3 ± 5,06
Боль	1,8 ± 2,3	7,2 ± 3,3
Одышка	3,6 ± 3,2	9,2 ± 3,6
Нарушение сна	6,7 ± 4,3	12,4 ± 4,1
Общий статус здоровья	74,6 ± 7,5	61,8 ± 6,1
QLQ – H&N35		
Голосовая функция	7,4 ± 4,5	26,7 ± 5,8
Глотание	-	7,5 ± 3,3
Социальные контакты	12,8 ± 5,8	36,8 ± 5,9

Таблица 9

Показатели качества жизни через 24 мес после комбинированного лечения

Показатели	ХЛТ I группа (n=33)	ХЛТ + операция II группа (n=63)
EORTC QLQ-30		
Физическое функционирование	91,4 ± 4,9	86,7 ± 4,3
Рольное функционирование	92,2 ± 4,7	86,9 ± 4,2
Эмоциональное функционирование	93,2 ± 4,4	82,1 ± 4,8
Познавательное функционирование	91,6 ± 4,8	85,5 ± 4,4
Социальное функционирование	92,7 ± 4,5	79,6 ± 5,07
Симптомы		
Слабость	5,6 ± 4,0	18,5 ± 4,9
Боль	1,4 ± 2,04	6,6 ± 3,1
Одышка	3,4 ± 3,1	8,9 ± 3,6
Нарушение сна	6,0 ± 4,1	10,3 ± 3,8
Общий статус здоровья	79,2 ± 7,1	67,2 ± 5,9
QLQ – H&N35		
Голосовая функция	5,3 ± 3,9	26,3 ± 5,4
Глотание	-	5,2 ± 2,8
Социальные контакты	9,8 ± 5,2	36,8 ± 6,07

тенденция к более плохим показателям качества жизни у больных II группы относительно пациентов I группы, получивших химиолучевое лечение по радикальной программе (p<0,05).

Через 24 мес после лечения (табл. 9) в обеих группах отмечается повышение показателей по функциональным шкалам и снижение уровня значений симптоматических шкал относительно исходных данных, но лучшие показатели зафиксированы в группе больных после радикальной химиолучевой терапии.

Общий статус здоровья статистически значимо повысился относительно исходных данных как в I группе – с 53,2 ± 8,7 до 79,2 ± 7,1 балла, так и во II группе – с 52,6 ± 6,3 до 67,2 ± 5,9 балла (p<0,05). Проблемы с голосовой функцией в I группе сни-

зились до 5,3 ± 3,9 балла, социальные контакты – до 9,8 ± 5,2 балла, во II группе эти показатели остались на уровне 12 мес. и составили 26,3 ± 5,4 и 36,8 ± 6,07 балла соответственно, различия между группами статистически значимы (p<0,05).

Более высокие показатели качества жизни в группе больных, получивших НАХТ с лучевой терапией в режиме мультифракционирования дозы по радикальной программе при достижении полной регрессии опухоли, напрямую коррелируют с лучшими показателями двухлетней выживаемости относительно группы больных, которым проводилось комбинированное лечение с хирургическим вмешательством и эффект лечения был оценен как частичная регрессия или стабилизация. Так, общая и безрецидивная двухлетняя

выживаемость в I группе составила $93,9 \pm 4,2$ и $87,8 \pm 5,7$ %. Во II группе – $85,5 \pm 4,5$ и $79,2 \pm 5,1$ % соответственно.

Обсуждение

Таким образом, качество жизни больных раком гортани и гортаноглотки в большей степени определялось проведенными курсами неoadьювантной химиотерапии с последующей лучевой терапией в режиме мультифракционирования дозы и объемом хирургического вмешательства. После химиолучевого этапа лечения в обеих группах отмечается повышение физического, ролевого, эмоционального и познавательного функционирования, уменьшение уровня показателей симптоматики заболевания. После выполнения хирургического этапа лечения во II группе происходит снижение физического и социального функционирования, при этом наблюдается повышение эмоционального функционирования. При анализе симптоматических шкал усиливаются проблемы с голосовой функцией, социальные контакты ухудшаются. Однако показатель нарушения дыхательной функции снижается вследствие наложения трахеостомы. Нарастает уровень симптомов «слабость», «боль», «нарушение сна».

В отдаленные сроки наблюдения после проведенного лечения в обеих группах отмечается повышение показателей по функциональным шкалам и снижение уровня значений симптоматических шкал относительно исходных данных до лечения, но при этом лучшие показатели зафиксированы в

I группе больных, где проводилась химиолучевая терапия по радикальной программе, что позволило сохранить гортань и ее функции. В данной группе пациентов показатели общей и безрецидивной выживаемости достоверно лучше относительно второй группы больных, которым выполнялось хирургическое вмешательство, где важным этапом является проведение голосовой реабилитации, так как уровень качества жизни пациентов зависит от того, насколько успешно прошел процесс голосовой реабилитации и в дальнейшем социальной адаптации. Полученные результаты изучения качества жизни больных раком гортани и гортаноглотки, по данным значений EORTC QLQ-30 и QLQ – H&N35, подтверждают целесообразность проведения комбинированного лечения больных раком гортани и гортаноглотки с включением неoadьювантной химиотерапии по схеме паклитаксел/карбоплатин с последующей лучевой терапией в режиме мультифракционирования дозы.

Выводы

Показатели качества жизни как критерий оценки эффективности лечения коррелируют со значимо лучшими отдаленными результатами химиолучевой терапии при достижении полной регрессии опухоли, в сравнении с комбинированным лечением, включающим хирургическое вмешательство. Динамика значений модулей EORTC QLQ-30 и QLQ – H&N35 свидетельствует о сопряженной зависимости уровня значений качества жизни от методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балацкая Л.Н., Кицманюк З.Д., Чижевская С.Ю. Современное состояние реабилитации онкологических больных с опухолями головы и шеи // Сибирский онкологический журнал. 2002. № 1. С. 50–53.
2. Балацкая Л.Н., Чойнзонов Е.Л. Качество жизни онкологических больных как критерий оценки эффективности лечения и реабилитации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008. № 3. С. 36–37.
3. Бондаренко В.П., Квасов А.Н., Конев А.А., Мецержаков Р.В., Чойнзонов Е.Л., Чижевская С.Ю. Программные средства комплекса исследования речевого сигнала при злокачественных заболеваниях гортани // Медицинская техника. 2009. № 4. С. 33–37.
4. Гузев А.Н. Структурно-динамический анализ и принципы патогенетической терапии пограничных нервно-психических расстройств в онкологической практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1990. 25 с.
5. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. Т. 20, № 3 (прил. 1). 2009. 158 с.
6. Мухамедов М.Р., Черемисина О.В., Чойнзонов Е.Л., Кульбакин Д.Е., Балацкая Л.Н., Васильев Н.В., Гюнтер В.Э. Современный взгляд

на комплексный подход к диагностике, лечению и реабилитации больных раком гортани // Российская оториноларингология. 2012. № 3. С. 78–84.

7. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. Ю.Л. Шевченко. М., 2007. 320 с.
8. Решетов И.В., Чиссов В.И., Трофимов Е.И. Рак гортаноглотки. М., 2005. 300 с.
9. Таптанова С.Л. Восстановление звучной речи у больных после резекции или удаления гортани. М., 1985. 92 с.
10. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность). М., 2010. 256 с.
11. Чойнзонов Е.Л., Балацкая Л.Н. Качество жизни онкологических больных // Томск: Печатная мануфактура, 2011. 152 с.
12. Boyle P., Levin B. World cancer report 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2008. 511 p.
13. Woodard T.D., Oplatek A., Petruzzelli G.J. Life After Total Laryngectomy. A Measure of Long-term Survival, Function, and Quality of Life // Arch Otolaryngol. Head Neck Surg. 2007. Vol. 133 (6). P. 526–532.

Поступила 2.12.14

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Чижевская Светлана Юрьевна, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, отделение опухолей головы и шеи, Томский НИИ онкологии. Тел.: 8(3822)41-80-62. E-mail: sch@oncology.tomsk.ru. SPIN-код в РИНЦ: 9561-3382.

Чойнзонов Евгений Лхамцэренович, академик РАН, доктор медицинских наук, директор Томского НИИ онкологии. Телефон: (3822) 511039. E-mail: nii@oncology.tomsk.ru. SPIN-код: 2240-8730

Балацкая Лидия Николаевна, доктор биологических наук, ведущий научный сотрудник, отделение опухолей головы и шеи, Томский НИИ онкологии. Тел.: 8(3822)42-00-53. E-mail: balatskaya@oncology.tomsk.ru. SPIN-код: 1894-4904.

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки / конфликта интересов, о котором необходимо сообщить

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LARYNGEAL AND LARYNGOPHARYNGEAL CANCER IN SHORT-AND LONG-TERM FOLLOW-UP

S.Yu. Chizhevskaya¹, E.L. Choinzonov^{1,2}, L.N. Balatskaya¹

Tomsk Cancer Research Institute¹

Siberian State Medical University, Tomsk²

5, Kooperativny Street, 634009-Tomsk, Russia, e-mail: sch@oncology.tomsk.ru¹

Abstract

The study included 96 patients with morphologically verified squamous cell carcinoma of larynx and laryngopharynx T2–4N0–2M0 stage of the tumor process who were administered two courses of neoadjuvant chemotherapy at 3–4 weeks interval by the scheme paclitaxel 175 mg/m², carboplatin AUC-6 plus radiotherapy in the regimen of multifractionated radiation dose of 1.3 Gy twice a day at 4 hours interval. In case of complete regression of the tumor (n=33) radiotherapy was performed to the accumulated radical dose of 65 isoGy. The next stage in partial regression and stabilization of the process (n=63) was radical surgical intervention. EORTC QLQ-30 and QLQ – H&N35 questionnaires were used to estimate quality of life of the patients. Quality of life as a criterion for the assessment of treatment efficacy was correlated with a significant increase in the 2-year overall and disease-free survival in patients who received chemoradiotherapy compared to those who underwent combined modality treatment including surgery. Changes in the values of EORTC QLQ-30 and QLQ – H & N35 modules clearly indicate the relationship between the quality of life measures and treatment methods.

Key words: laryngeal and laryngopharyngeal cancer, quality of life, combined modality treatment.

REFERENCES

1. Balatskaya L.N., Kicmanjuk Z.D., Chizhevskaya S.Y. The current state of rehabilitation of head and neck cancer patients // *Sibirskij onkologicheskij zhurnal*. 2002. № 1. P. 50–53. [in Russian]
2. Balatskaya L.N., Choinzonov E.L. Quality of life of cancer patients as a criterion of assessment of efficacy of treatment and rehabilitation // *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii*. 2008. № 3. P. 36–37. [in Russian]
3. Bondarenko V.P., Kvasov A.N., Konev A.A., Meshcheryakov R.V., Choinzonov E.L., Chizhevskaya S.Y. Software for speech signal research in patients with malignant diseases of the throat // *Medicinskaja tehnika*. 2009. № 4. P. 33–37. [in Russian]
4. Guzev A.N. Structural and dynamic analysis and principles of pathogenetic therapy of borderline neuro-psychiatric disorders in oncology practice: Abstract of DSc thesis. Tomsk, 1990. 25 p. [in Russian]
5. Davydov M.I., Aksel' E.M. Cancer incidence statistics in Russia and the CIS in 2007. // *Vestnik Rossijskogo onkologicheskogo nauchnogo centra im. N.N. Blohina RAMN*. Vol. 20 (3). Suppl. 1. 2009. 158 p. [in Russian]
6. Muhamedov M.R., Cheremisina O.V., Choinzonov E.L., Kulbakin D.E., Balatskaya L.N., Vasiliev N.V., Gunther V.E. The modern view on complex approach when diagnosing, treating and aftercaring in larynx cancer patients // *Rossijskaja otorinolaringologija*. 2012. № 3. P. 78–84. [in Russian]
7. Novik A.A., Ionova T.I. Guidelines for Life Quality in medicine/ Ed. by Ju.L. Shevchenko. M., 2007. 320 p. [in Russian]
8. Reshetov I.V., Chissov V.I., Trofimov E.I. Laryngopharyngeal cancer. M., 2005. 300 p. [in Russian]
9. Taptapova S.L. Restoration of vocal function in patients after resection or removal of the larynx. M., 1985. 92 p. [in Russian]
10. Chissov V.I., Starinskij V.V., Petrova G.V. Cancer incidence in Russia in 2008 (morbidity and mortality). M., 2010. 256 p. [in Russian]
11. Choinzonov E.L., Balatskaya L.N. Life quality of cancer patients // Tomsk: Pechatnaja manufaktura, 2011. 152 p. [in Russian]
12. Boyle P., Levin B. World cancer report 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2008. 511 p.
13. Woodard T.D., Oplatek A., Petruzzelli G.J. Life After Total Laryngectomy. A Measure of Long-term Survival, Function, and Quality of Life // *Arch Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2007. Vol. 133 (6). P. 526–532.

ABOUT THE AUTORS

Chizhevskaja Svetlana Jurevna, MD, DSc., Senior Researcher, Department head and neck tumors, Tomsk Cancer Research Institute. Тел.: +7(3822)41-80-62. E-mail: sch@oncology.tomsk.ru

Choinzonov Evgeny Lhamatsirenovich, MD, DSc, Academician of RAS, Professor, Director of the Tomsk Cancer Research Institute. Phone: +7 3822 51-10-39. E-mail: nii@oncology.tomsk.ru

Balatskaya Lidija Nikolaevna, DSc, Principal Investigator, Department head and neck tumors, Tomsk Cancer Research Institute. Phone: +7(3822)42-00-53. E-mail: balatskaya@oncology.tomsk.ru