

Качество жизни пациентов с хроническим миелолейкозом

М.И. Савельева^{1,4}, И.Н. Самарина², О.С. Самойлова³, Н.Е. Кашеева³, Н.Н. Еременко⁴

¹ФГБУ «Поликлиника № 3» УД Президента РФ,

²МУЗ «Больница скорой медицинской помощи», Дзержинск

³Нижегородская областная клиническая больница им. Семашко, Нижний Новгород

⁴ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

В данной статье представлены результаты оценки качества жизни по модифицированному опроснику SF-36 у пациентов, страдающих хроническим миелолейкозом (ХМЛ), в динамике через 3, 6, 12 и 18 мес терапии иматинибом в рамках «Школы ХМЛ». Анализ 115 анкет, проведенный в динамике по опросу 25 пациентов в разное время от момента установления диагноза ХМЛ (до начала лечения, через 3, 6, 12, 18 мес от начала терапии), показал, что интегральная информация о физическом, психологическом, духовном и социальном аспектах заболевания позволяет получить представление об общих закономерностях реакции больного на патологический процесс, выявить индивидуальные особенности реакции пациента на заболевание, оценить эффективность лечения у конкретного больного по данным индивидуального мониторинга и использовать эти данные для коррекции программы лечения.

Ключевые слова: качество жизни, хронический миелолейкоз, иматиниб.

The article presents dynamic findings on the quality of life in patients with chronic myeloleukemia (CML) who participated at "CML School" and were treated with Imatinib. The data were collected in 3, 6, 12 and 18 months and were assessed by questionnaire SF-36. A dynamic analysis of 115 questionnaire forms taken from 25 patients having different terms of CML diagnostics included findings before treatment and in 3, 6, 12, 18 months after the treatment. This analysis has shown that integral information about physical, psychological, spiritual and social aspects of the discussed disease allows to understand common natural patient's reactions at this pathological process, to reveal individual peculiarities of patient's reactions at this disease, to assess the effectiveness of treatment in a given patient using findings of individual monitoring and to use the obtained findings for therapy corrections.

Key words: quality of life, chronic myeloleukemia, Imatinib.

Понятие «качество жизни» (КЖ) многомерно в своей основе, составляющими которого являются психическое, социальное, физическое и духовное благополучие. Выделяют три основные составляющие концепции КЖ: многомерность, изменчивость во времени и участие больного в оценке своего состояния [1, 3–5].

К настоящему времени доказано, что параметры КЖ больного обладают независимой прогностической значимостью и являются более точными факторами прогноза, чем общесоматический статус [2]. В целом можно говорить о том, что при хронических заболеваниях КЖ является одним из основных критериев оценки состояния больного [2]. Анализ множества проведенных исследований, посвященных проблеме КЖ, позволяет сделать ряд принципиальных заключений [2]:

- излечение больного от опухоли не является эквивалентом его выздоровления, т.е. полного восстановления параметров его физического, психологического и социального функционирования, нарушенных вследствие болезни и лечения;

- традиционных клинических, лабораторных и инструментальных тестов недостаточно для того, чтобы верифицировать полное выздоровление пациента;

- наряду с традиционными клиническими, лабораторными и инструментальными исследованиями при верификации полноты ремиссии и/или излечения пациента необходима оценка параметров его КЖ.

Таким образом, следует отметить, что метод исследования КЖ – важный компонент современных клинических исследований и клинической практики, позволяющий изучать многоплановую картину субъективных переживаний больного, вызванных болезнью.

Методология исследования качества жизни открывает уникальные возможности измерения ключевых составляющих здоровья человека: физического, психологического и социального функционирования.

Цель исследования – оценить результаты анкетирования по модифицированному опроснику КЖ у пациентов с хроническим миелоидным лейкозом (ХМЛ) в динамике через 3, 6, 12 и 18 мес терапии иматинибом в рамках «Школы ХМЛ».

Материалы и методы

Исследование проведено на базе НОКБ им. Семашко (Нижний Новгород) и на базе МУЗ «БСМП» (Дзержинск) в 2006–2010 гг. Проведение настоящего исследования одобрено Локальными этическими комитетами, все пациенты были информированы о проведении исследования и выразили свое согласие в письменной форме.

Всего опросник по оценке КЖ заполняли в разное время 200 человек. В динамике в рамках «Школы ХМЛ» нами были опрошены 25 пациентов в разное время от момента установления диагноза ХМЛ (до начала лечения, через 3, 6, 12, 18 мес от начала терапии иматинибом). Так как опрашивались несколько раз одни и те же больные, но в разные периоды времени от момента установления диагноза и начала терапии, то тип выборки может быть определен как связанный. Всего проанализировано 115 анкет по оценке качества жизни.

В исследовании использовался модифицированный опросник SF-36, который является наиболее распространенным опросником изучения КЖ, широко применяемым как в популяционных, так и в специальных исследованиях КЖ [6].

Наша модификация опросника состоит из 11 вопросов, включающих 8 шкал:

Условное обозначение	Название шкалы	Компонент здоровья
ФФ	Физическое функционирование	Физический
РФФ	Роль физическое функционирование	Физический
Б	Боль	Физический
ОЗ	Общее здоровье	Физический
Ж	Жизнеспособность	Психологический
СФ	Социальное функционирование	Психологический
РЭФ	Роль физическое функционирование	Психологический
ПЗ	Психологическое здоровье	Психологический

Результаты и обсуждение

1. Оценка показателей физического компонента здоровья на фоне терапии иматинибом

А) Общее здоровье (ОЗ).

Результаты оценки ОЗ представлены в виде диаграммы на рис. 1.

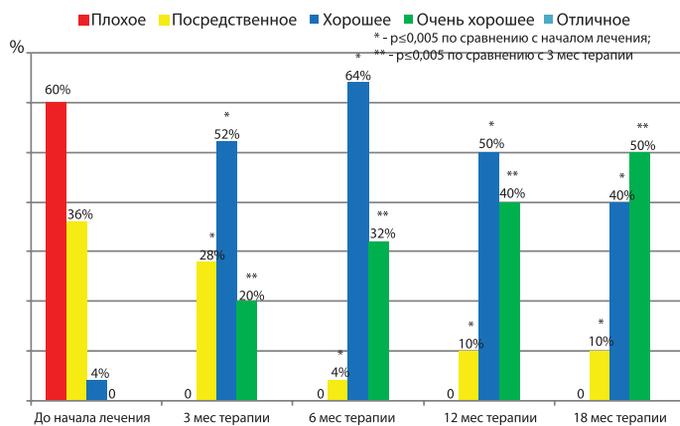


Рис. 1. Динамика показателя ОЗ у пациентов при анкетировании по опроснику SF-36 для оценки КЖ (физический компонент здоровья).

В результате проведенного анализа выявлено, что во время установления диагноза более половины опрошенных пациентов (15 человек - 60%) оценивали состояние своего здоровья как плохое, а уже через 3 мес терапии ни один из пациентов не оценил свое здоровье как плохое. В то же время, если на момент диагноза лишь 1 (4%) из опрошенных пациентов считал, что у него хорошее здоровье, то через 3 мес терапии количество таких пациентов достигло 13 человек, что составило 52%, через 6 мес - 16 человек (64%). Начиная с 3 мес терапии появились пациенты, которые оценивали свое здоровье как очень хорошее, причем количество этих пациентов также увеличивалось по мере продолжения терапии: в 3 мес - 5 человек (20%), в 6 мес - 8 человек (32%), в 12 мес - 8 человек (40%) и в 18 мес - 10 человек (50%). К 6 мес терапии количество пациентов, оценивающих свое здоровье как посредственное,

уменьшилось с 36 до 4%. В дальнейшем этот показатель не превышал 10%.

Б) Боль.

Результаты оценки боли представлены в виде диаграммы на рис. 2.

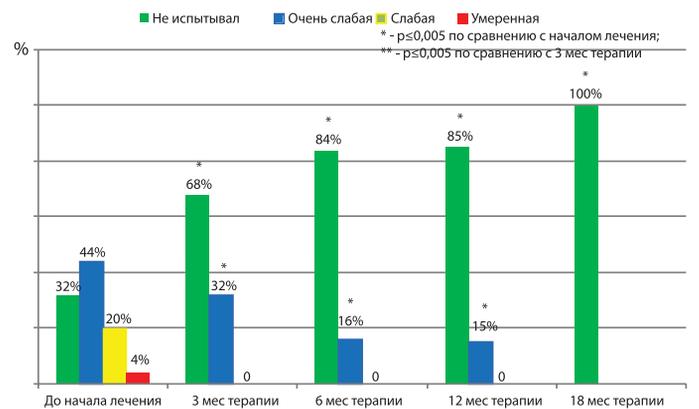


Рис. 2. Динамика показателя боли у пациентов при анкетировании по опроснику SF-36 для оценки КЖ (физический компонент здоровья).

Из диаграммы видно, что выраженность болевого синдрома (оценивалась любая боль, беспокоившая пациента в течение последних 4 нед) уменьшается по мере продолжения лечения: умеренную выраженность боли отметили 4% опрошенных пациентов до начала терапии, а в дальнейшем ни один из опрошенных не отметил этот критерий, как имеющийся у него в последние 4 нед. Увеличивается количество пациентов, не испытывавших какой-либо боли в течение последнего времени: в 3 мес - 68%, в 6 мес - 84%, в 12 мес - 85%, в 18 мес - 100%.

В) Физическое функционирование (ФФ).

- Тяжелые физические нагрузки (бег, поднятие тяжестей):

Результаты анализа ответов при оценке ФФ для тяжелых физических нагрузок представлены в виде диаграммы на рис. 3.

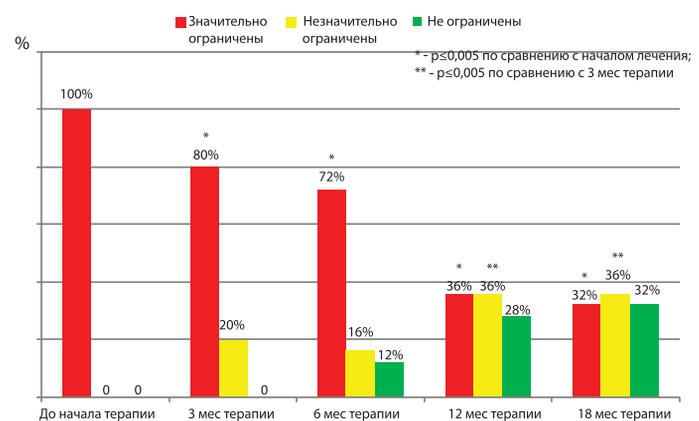


Рис. 3. Динамика показателя ФФ (тяжелые физические нагрузки) у пациентов при анкетировании по опроснику SF-36 для оценки КЖ (физический компонент здоровья).

- Умеренные физические нагрузки (передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы):

Результаты анализа ответов при оценке ФФ для умеренных физических нагрузок представлены в виде диаграммы на рис. 4.

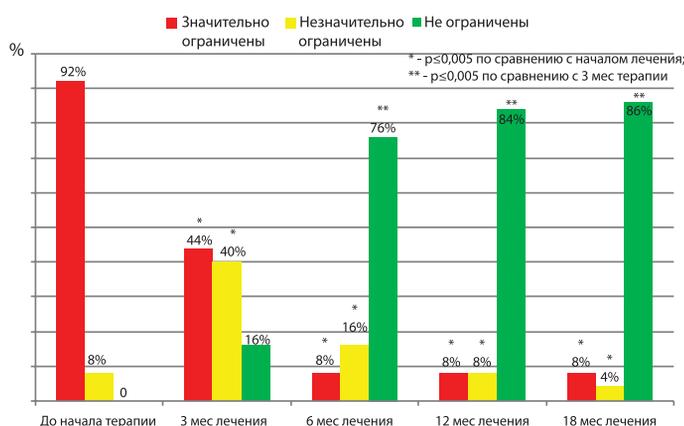


Рис. 4. Динамика показателя ФФ (умеренные физические нагрузки) у пациентов при анкетировании по опроснику SF-36 для оценки КЖ (физический компонент здоровья).

- Легкие физические нагрузки (самостоятельно вымыться, одеться):

Результаты анализа ответов при оценке ФФ для легких физических нагрузок представлены в виде диаграммы на рис. 5.

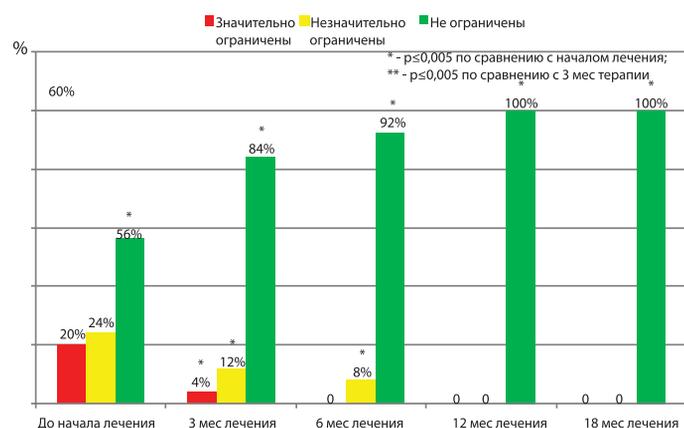


Рис. 5. Динамика показателя ФФ (легкие физические нагрузки) у пациентов при анкетировании по опроснику SF-36 для оценки КЖ (физический компонент здоровья).

Из анализа диаграмм следует, что по мере пролонгации терапии улучшается переносимость физических нагрузок различной степени тяжести.

Так, если тяжелые физические нагрузки на момент диагноза были невозможны у 100% опрошенных пациентов, то через 6 мес терапии 12% пациентов, через 12 мес терапии 28% и через 18 мес терапии 32% пациентов ответили, что их состояние не ограничивает выполнение даже тяжелых физических нагрузок.

Относительно нагрузок средней интенсивности ситуация аналогична: на момент диагноза 92% опрошенных пациентов были значительно ограничены своим самочувствием в выполнении нагрузок средней интенсивности, незначительное ограничение чувствовали 8% пациентов. Не было выявлено пациентов, у которых нагрузки средней интенсивности не были бы ограничены на момент диагноза до начала терапии.

На фоне лечения отмечено повышение толерантности к физическим нагрузкам средней интенсивности: в 3 мес терапии лишь 44%, в 6 мес и далее – лишь 8% пациентов были значительно ограничены в выполнении

нагрузок средней интенсивности. Не исключается, что это ограничение создается не столько за счет симптомов хронического миелолейкоза, проявления которого практически нивелируются на фоне терапии, сколько за счет коморбидности, т.е. наличия сопутствующих соматических заболеваний (ИБС, артериальная гипертония, сердечная недостаточность, ожирение).

Наконец, легкие физические нагрузки также были невозможны у 20% пациентов на момент диагноза (до начала терапии иматинибом). Очевидно, это происходило именно из-за симптомов ХМЛ, так как на фоне терапии отмечено достоверное улучшение переносимости легких физических нагрузок: не отметили ограничений в легких физических нагрузках через 3 мес терапии 84% опрошенных пациентов, через 6 мес терапии – 92% пациентов, через 12 мес и 18 мес терапии – 100% пациентов.

II. Оценка показателей психологического компонента здоровья на фоне терапии иматинибом

А) Жизнеспособность (Ж).

Результаты анализа ответов при оценке Ж представлены в виде диаграммы на рис. 6.



Рис. 6. Динамика показателя Ж у пациентов при анкетировании по опроснику SF-36 для оценки КЖ (психологический компонент здоровья).

Анализируя вышеприведенные данные, видим, что показатели жизнеспособности, как составляющей психологического компонента здоровья (КЖ), улучшаются по мере продолжения терапии иматинибом: если до начала терапии у опрошенных пациентов преобладали депрессивные составляющие ответов (считали себя более склонными к болезням по сравнению с другими людьми 100% пациентов; думали, что их здоровье и дальше будет ухудшаться, 80% опрошенных пациентов, и никто из пациентов не считал, что его здоровье не хуже, чем у большинства), то уже через 3 мес терапии лишь 68% пациентов, через 6 мес – 50%, через 12 мес – 36%, а через 18 мес – 32% пациентов продолжали считать, что более склонны к болезням, чем другие.

Процент пациентов, считающих, что их здоровье не хуже, чем у большинства, увеличивался по мере пролонгации терапии: в 3 мес так считали 20%, в 6 мес – 52%, в 12 мес – 68%, в 18 мес – 80% опрошенных пациентов.

Тревожный фон настроения уменьшался на фоне лечения: до лечения 80% опрошенных пациентов считали, что их здоровье ухудшится, а уже через 3 мес терапии –

лишь 28%, через 6 мес - 12%, через 12 мес - 12% и через 18 мес - 8% пациентов.

Как отличное свое здоровье оценили 15 % опрошенных пациентов через 18 мес терапии иматинибом.

Б) Социальное функционирование (СФ).

Результаты анализа ответов при оценке СФ представлены в виде диаграммы на рис. 7.

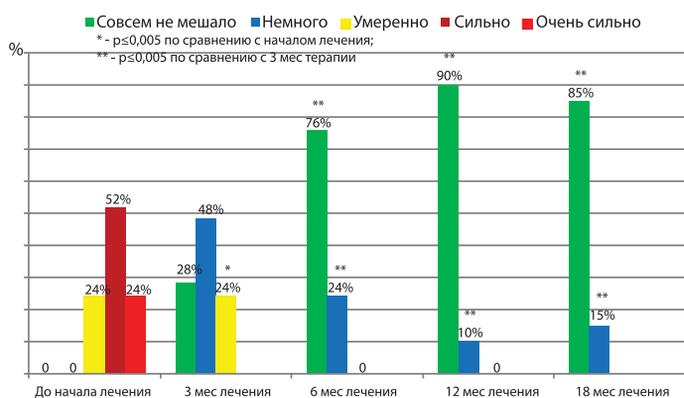


Рис. 7. Динамика показателя СФ у пациентов при анкетировании по опроснику SF-36 для оценки КЖ (психологический компонент здоровья).

До начала терапии 24% опрошенных пациентов ответили, что физическое и эмоциональное состояние очень сильно мешало их активному социальному функционированию (проводить время с семьей, коллегами, друзьями). 52 % опрошенных пациентов до начала терапии ответили, что их физическое и эмоциональное состояние сильно нарушает их социальное функционирование. До начала терапии не было пациентов, у которых бы не нарушилось социальное функционирование.

Темпы восстановления адекватного, с точки зрения пациента, социального функционирования достаточно быстрые и напрямую связаны с улучшением клинико-лабораторных показателей при терапии иматинибом. Так, уже через 3 мес появились пациенты, считающие, что их физическое и эмоциональное состояние восстановилось до адекватных параметров (таких пациентов через 3 мес терапии было 28%, через 6 мес - 76%, через 12 мес - 90%, а через 18 мес терапии - 85%).

На фоне лечения уменьшалось количество пациентов, у которых болезнь немного нарушала социальное функционирование: через 3 мес терапии таких пациентов было 48%, через 6 мес - 24%, через 12 мес - 10%, и через 18 мес - 15%. Через 3 мес терапии не выявлено пациентов, которым бы болезнь очень сильно и сильно мешала в адекватном социальном функционировании. К 6 мес терапии не было пациентов, которым болезнь умеренно бы мешала в адекватном социальном функционировании.

В) Роль эмоциональное функционирование (РЭФ).

Результаты анализа ответов при оценке РЭФ представлены в виде диаграммы на рис. 8.

Из диаграммы на рис. 8 видно, как восстанавливается по мере лечения иматинибом нарушенное болезнью РЭФ. Так, до начала лечения нарушение РЭФ различной степени выявлено у всех опрошенных пациентов, при-

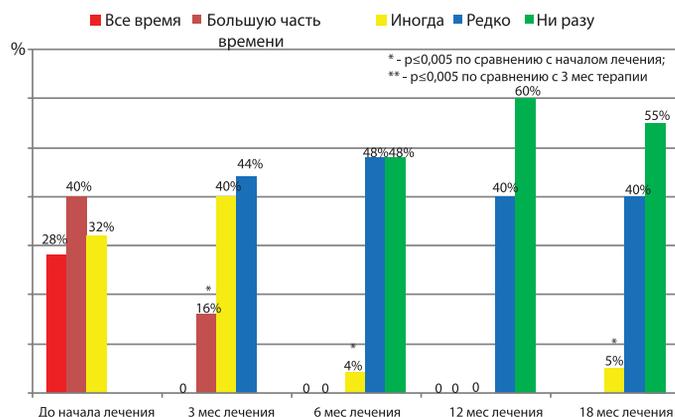


Рис. 8. Динамика показателей РЭФ у пациентов при анкетировании по опроснику SF-36 для оценки КЖ (психологический компонент здоровья).

чем резко выраженное нарушение РЭФ отмечено у 68% опрошенных (ответ «все время» дали 28% опрошенных пациентов, «большую часть времени» - 40% пациентов), умеренное нарушение РЭФ (ответ «иногда») у 32 % опрошенных пациентов.

К 3 мес терапии РЭФ улучшилось у всех пациентов: ответов «все время» не зарегистрировано, частота ответов «большую часть времени» уменьшилась с 40 до 16%, появились ответы «редко» - 44% пациентов. К 6 мес терапии РЭФ продолжает улучшаться: на резкое его нарушение не указал ни один опрошенный пациент, 48% пациентов ответили «редко» и у 48% пациентов ответ «ни разу» свидетельствовал об отсутствии нарушений РЭФ. В дальнейшем, по мере продолжения лечения, увеличивается процент пациентов, у которых РЭФ приходит в норму: в 12 мес терапии таких пациентов выявлено 60%. Практически такой же процент мы наблюдали и в 18 мес терапии (55%).

Г) Психологическое здоровье (ПЗ).

Результаты анализа ответов при оценке ПЗ представлены в виде диаграммы на рис. 9.

Отмечается, что на фоне пролонгации терапии улучшаются нарушенные до начала терапии показатели ПЗ: так, если до начала терапии 100% пациентов отмечали, что чувствуют себя «измученными, уставшими», то через 3 мес терапии доля таких пациентов уменьшилась до 64%, через 6 мес - до 8%, а к 12 мес составила 4%. ПЗ вос-

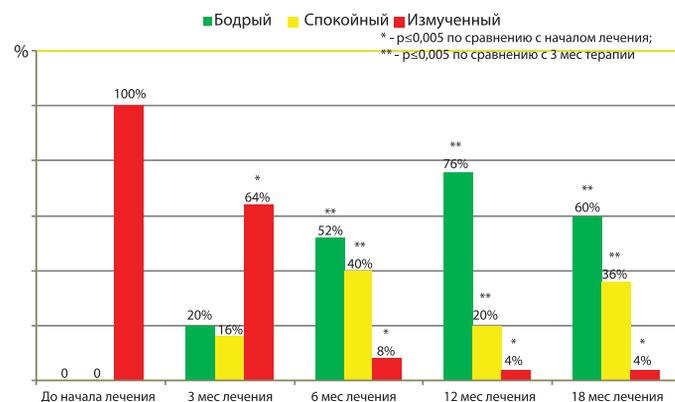


Рис. 9. Динамика показателя ПЗ у пациентов при анкетировании по опроснику SF-36 для оценки КЖ (психологический компонент здоровья).

становилось на фоне терапии следующим образом: в 3 мес лечения 20% пациентов уже чувствовали себя «бодрыми, полными сил и энергии», в 6 мес этот показатель составил 52%, в 12 мес - 76%, в 18 мес - 60%. Удельный вес пациентов, которые чувствуют себя «спокойно, умиротворенно», также увеличивался по мере продолжения терапии и составил: в 3 мес - 16%, в 6 мес - 40%, в 12 мес - 20%, в 18 мес - 36%.

Таким образом, анализируя показатели КЖ, можно сделать вывод, что по мере пролонгации терапии иматинибом наряду с достоверным улучшением клинико-гематологических, цитогенетических и молекулярных показателей, являющихся объективными показателями эффективности терапии и оцениваемых лабораторными методами (т.е. достижение оптимальных ответов на лечение согласно критериям ELN 2006/2009), улучшаются и показатели физического и психологического компонентов здоровья, оцененных самими пациентами. В конечном счете именно КЖ является основным критерием эффективности и безопасности проводимой терапии.

Повышение КЖ, доказанное с помощью проведенного повторного (неоднократного, унифицированного – в определенные сроки от момента начала терапии иматинибом) тестирования пациентов, позволяет говорить о положительном результате комплексного воздействия высокоэффективного таргетного препарата иматиниб

для лечения ХМЛ и мощной психологической поддержки, получаемой пациентом в рамках «Школы ХМЛ». Повышение КЖ пациента с ХМЛ достоверно способствует нормализации нарушенных в дебюте заболевания физического и психологического компонентов здоровья.

Литература

1. Новик А.А., Ионова Т.И., Кнайф П. Концепция исследования качества жизни. - СПб.: «Элби», 1999.-140 с.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - М.: «Олма», 2007.- 313 с.
3. Aaronson N.K. *Quality of life assessment in clinical trials: metodologic issues* // *Control Clin/ Nrls/-1989/-Vol/10/-P.195-208.*
4. Bowling A. *Measuring Health: a review of quality of life: measurement scales* // *2nd edition.-Ohen University Press: Philadelphia, 1997.-160 p.*
5. *Quality of life assessment in clinical trials* /Ed. M.J. Statuet.- Oxford University Press : Oxford, New York, Tokyo, 2001, 360 p.
6. Ware J.E., Sherbroune C.D. *The MOS 36-item short from health survey(SF-36):conceptual framework and item selection* // *Medical Care.* – 2002.-Vol.30.-P.473-483.