

УДК 618.16–006.6

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ВУЛЬВЫ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В.Г.Черенков, И.В.Александрова

Институт медицинского образования НовГУ, Vyacheslav.Cherenkov@novsu.ru

Изучены методические подходы оценки социально-психологических проблем и качества жизни больных раком вульвы, подвергнутых хирургическому лечению с замещением раневого дефекта кожно-фасциальной пластикой, в сравнении с контрольной группой. Установлено, что больные Ia-IVa стадий с кожно-фасциальной пластикой имеют более высокое увеличение скорректированной выживаемости (в среднем — $86,05 \pm 3,2\%$ против $51,58 \pm 4,2\%$ в контрольной группе). Различия в 1 и 2 группах достоверны ($p < 0,05$). Разработанные анкеты позволяют оценивать специфические изменения жизни пациентов, страдающих раком вульвы, а также влияние на нее методов лечения. Больные, подвергнутые хирургическому лечению с кожно-фасциальной пластикой, имеют более высокую степень качества жизни и социальной реабилитации.

Ключевые слова: рак вульвы, реконструктивно-пластическая операция, реабилитация и качество жизни

Methodical approaches to evaluation of socio-psychological problems and quality of life (QL) of patients with vulva cancer (VC) undergone surgery with replacement of wound defect by epidermofascioplasty (DFP) vs the control group were studied. It was found that the patients with VC at Ia-IVa stages undergone DFP have the higher rate of corrected survival (at average — $86,05 \pm 3,2\%$ vs $51,58 \pm 4,2\%$ in the control group). The values of differences in the 1st and the 2nd groups are veritable ($p < 0,05$). Worked out questionnaires allow to evaluate the specific changes of the patients' life suffering from VC as well as the impact of the treatment patterns on their life. The surgical VC patients with DFP have the higher level of QL and social rehabilitation.

Keywords: vulva cancer, reconstructive plastic surgery, rehabilitation and quality of life

Рак вульвы (РВ), хотя и редкое заболевание, характеризуется агрессивным течением, нередко вовлекающим в процесс уретру, влагалище, анус. Хирургическое лечение сочетается с большим числом послеоперационных осложнений и рецидивов [1,2]. Эти осложнения приводят к грубым рубцам в области вульвы, стенозу влагалища, дискомфорту и дизурическим проявлениям. В последнее время все большее развитие находят реконструктивно-пластические

операции (РПО), главной целью которых при РВ является обеспечение не только максимальной длительности жизни пациенток, но и достаточно высокого ее качества [3-5].

Термин «качество жизни» (КЖ) определяется как самооценка общего благополучия человека, в том числе восприятие собственного здоровья, эмоционального состояния и их влияние на профессиональную, социальную и другие виды жизнедеятельности [6].

Таблица 1

Показатели наблюдаемой и скорректированной 5-летней выживаемости больных РВ
в исследуемой (2 группа) и контрольной группах (1 группа)

1 группа											
Дата установления диагноза		1999		2000		2001		2002		2003	
Абс. число больных ($n - 42$)		7		9		11		8		7	
Период наблюдения (мес.)	12	НВ	СВ	НВ	СВ	НВ	СВ	НВ	СВ	НВ	СВ
		100,0	100,0	88,8	88,8	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	24	85,7	85,7	77,7	77,7	90,9	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0
	36	57,1	71,4	77,7	77,7	72,7	72,7	87,5	87,5	85,7	85,7
	48	42,8	42,8	55,5	66,6	63,6	72,7	62,5	87,5	71,4	85,7
	60	42,8	42,8	44,4	44,4	45,4	63,6	50,0	50,0	42,8	57,1
2 группа											
Дата установления диагноза		2004		2005		2006		2007		2008	
Абс. число больных ($n - 37$)		6		9		7		7		8	
Период наблюдения (мес.)	12	НВ	СВ	НВ	СВ	НВ	СВ	НВ	СВ	НВ	СВ
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	24	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	36	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
	48	83,3	100,0	88,8	100,0	100,0	100,0				
	60	83,3	83,3	88,8	88,8						

Примечание: НВ — наблюдаемая выживаемость; СВ — скорректированная выживаемость.

В настоящее время применяется ряд стандартных тест-систем оценки КЖ в различных областях медицины, в том числе опросники (анкеты) для оценки реабилитации больных раком (EORTC QLQ-C30; FACT-G; CARES и др.). Однако приведенные в них методики не отражают влияние локализации опухолевого процесса на организм и методов лечения на эмоциональную составляющую здоровья, не учитывают возраст пациенток и отношение их к меняющимся жизненным приоритетам.

Цель работы — оценка выживаемости и разработка опросников качества жизни больных РВ, подвергнутых хирургическим и комбинированным методам лечения.

Материалы и методы исследования

Объективным критерием оценки эффективности онкологической помощи являются показатели выживаемости с учетом всех причин смерти и даты установления диагноза [7].

Наблюдаемая выживаемость нами высчитывалась из отношения числа больных, переживших контрольный срок, к числу всех больных, подвергнутых лечению в исследуемой и контрольной группе (в % от даты взятия больных РВ на учет). Этот показатель высчитывался с учетом всех причин смерти. Расчет показателей *скорректированной выживаемости* проводился только с учетом случаев смерти от прогрессирования РВ. Умершие от интеркуррентных

заболеваний приравнивались к выбывшим из-под наблюдения.

Как видно из табл. 1, в 1-й группе (с 1999 по 2003 гг.) показатели 5-летней наблюдаемой выживаемости, несмотря на определенные колебания по годам, не изменились, составив в среднем $45,08 \pm 3,5\%$, а скорректированной выживаемости повысились в среднем до $51,58 \pm 4,2\%$, что значительно ниже, чем 5-летняя выживаемость при всех стадиях РВ в Европе — 70% [8].

Во 2-й группе адекватный выбор объема операции при разных локализациях с закрытием раневого дефекта полноценным кожно-фасциальным лоскутом с задней поверхности бедра, использование предварительной «заморозки» опухоли, морфологической оценки чистоты краев отсечения, выполнение регионарной лимфодиссекции в соответствии с разработанным алгоритмом позволили достичь общей 5-летней выживаемости при Ia-IVa стадиях РВ в среднем у $86,05 \pm 3,2\%$, а безрецидивной выживаемости у 97,3% (рецидив в бедренных лимфатических узлах в одном случае). У двух больных РВ причиной смерти оказались соматические заболевания при отсутствии рецидива. Достоверность различий показателей 5-летней выживаемости в 1 и 2-й группах составила $P < 0,05$.

С учетом поставленных задач и иерархии социально-психологических приоритетов и потребностей человека по А.Маслоу (1943) и Р.Калиш (1983), меняющихся с возрастом, нами разработаны оригинальные анкеты №1 и №2.

Анкета 1

Качество жизни и восстановления основных функций (нужное обвести кружком)

Дата заполнения дата операции.....

№	Вопросы и ответы	До операции	После операции
	Функция мочеиспускания		
1	<i>Бывает ли у Вас недержание мочи?</i> Постоянно Часто Редко Никогда, я всегда контролирую	1 2 3 4	1 2 3 4
2	<i>Изменилась ли у Вас струя при мочеиспускании?</i> Струи нет, моча разбегается по промежности Моча разбрызгивается Образуется несколько струй Моча бежит моноструйно, без проблем	1 2 3 4	1 2 3 4
3	<i>Насколько беспокоит Вас нарушение функции мочеиспускания?</i> Это большая проблема для меня Создает определенные проблемы Редко беспокоит Не беспокоит	1 2 3 4	1 2 3 4
	Функция кишечника		
4	<i>Имеются ли проблемы со стороны прямой кишки?</i> Проблем никаких нет, стул 1 раз в день В стуле иногда бывает кровь, увеличение частоты стула в день Болевые ощущения в области промежности Неотложные позывы к дефекации, отсутствие контроля	4 3 2 1	4 3 2 1
5	<i>Насколько нарушения выделительной функции кишечника, мочеиспускания или беспокойства ограничивают вашу социальную активность (препятствуют общению с друзьями, родственниками)?</i> Всегда беспокоят Часто беспокоят Практически не беспокоят Не беспокоят	1 2 3 4	1 2 3 4
	Физическая и социальная активность		
6	<i>Насколько проблемы в области промежности, функций кишечника и мочеиспускания ограничивают Вашу физическую и социальную активность (препятствуют прогулкам, работе по дому, общению с друзьями, родственниками и пр.)?</i> Не ограничивают физические движения Создают определенные ограничения Значительно ограничивают Полностью ограничивают Ограничения, не связанные с операцией в зоне наружных половых органов	4 3 2 1 0	4 3 2 1 0
	Сексуальная (половая) функция		
7	<i>Как оцениваете Вы свои сексуальные желания?</i> Сексуальных желаний не было и раньше, в моем возрасте сексуальных желаний быть не должно Отсутствуют в связи с болезнью Желания есть, но нет возможностей Только ради желаний мужа По взаимному желанию	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8	<i>Как оцениваете Вы эстетическое состояние наружных половых органов после операции?</i> Неудовлетворительно Удовлетворительно Лучше, чем до болезни Вполне эстетично	1 2 3 4	1 2 3 4
9	<i>Насколько перенесенная операция влияет на возможность половой функции?</i> Болезнь или перенесенная операция исключают такую возможность Имеются определенные проблемы Проблем нет, но в этом нет необходимости Практически нет проблем	1 2 3 4	1 2 3 4



Иерархия человеческих приоритетов и потребностей здоровых по Маслоу

Согласно многоуровневой иерархии человеческих потребностей физическое выживание находится внизу и является основой поддержания физиологических, социальных и личностных потребностей. Для здоровых и молодых людей потребности представляют собой пирамиду в определенной последовательности, представленной на рис. Вверху пирамида Маслоу содержит социальные и личностные потребности.

Каждая из анкет состоит из разделов и шкал, позволяющих конкретизировать степень нарушения функций «мочеиспускания», «кишечника», «эстетическое состояние зоны промежности», «возможность секса», «потребность к движению», а также определять, насколько эти изменения влияют на социальную жизнь больных. На все предложенные вопросы имеются унифицированные варианты ответов, с помощью которых нами проведена оценка степени нарушения функций указанных систем.

Анкетировано 56 пациенток, перенесших хирургическое или комбинированное лечение. Анкеты женщины заполняли самостоятельно при диспансерном визите к врачу после проведенного лечения (в 1-й группе — 26, во 2-й — 30 больных). Надежность и устойчивость результатов теста у 26 пациенток проверяли путем повторного анкетирования с интервалом в 1 месяц. Тест считался надежным, если коэффициент корреляции Пирсона составлял не менее 0,7. Больные в 1 и 2 группах, подвергнутые анкетированию, были в

аналогичном возрастном периоде (менопаузе) и с относительно равными стадиями заболевания.

После заполнения респондентами анкеты №1 варианты ответов трансформировали в 100-балльную шкалу. Баллы в пределах каждого раздела суммировали и считали среднее значение. Более высокие показатели соответствовали более высокой степени качества функции. Обработку результатов исследования выполняли с помощью стандартного пакета программ Statistica 6,0 и пакета SPSS 12,0 (США).

Из представленных данных (табл.3) следует, что пациенты с реконструктивной пластикой кожно-фасциальными лоскутами (группа 2) имеют достоверно больший уровень качества жизни в разделах «Функция мочеиспускания» (средний балл — $95,0 \pm 2,5$ против $67,3 \pm 5,3$), «Сексуальная (половая) функция» ($65,8 \pm 6,7$ против $26,9 \pm 2,5$) и как следствие «Физическая и социальная активность» ($78,3 \pm 4,5$ против $46,2 \pm 4,9$ в контрольной группе).

Функция кишечника у оперированных больных в обеих группах не нарушается. И, наоборот, у 4 больных РВ в сочетании с хроническим геморроем во 2 группе после пластики на сосудистой ножке вульварной зоны констатирована редукция геморроидальных узлов. Анализ подраздела «Сексуальная функция» выявляет весьма парадоксальные результаты. Во 2-й группе рубцовые изменения и сужения входа во влагалище минимальны и составили $3,3 \pm 0,7\%$ (против $34,6 \pm 5,2$ и $19,2 \pm 2,6$ в кон-

Таблица 2

Демографические и клинические данные респондентов — больных РВ

Показатель	Больные РВ	
	Перенесшие РВЭ с кожно-фасциальной пластикой (2 группа)	Контрольная группа (1 группа)
Число больных	30 (%)	26 (%)
Возраст	$65,7 \pm 5,5$	$67,4 \pm 4,7$
Клиническая стадия:		
Ia-б	4(13,3)	3(11,52)
II	10(33,3)	11(42,3)
III	16(53,4)	12(46,15)
Время после операции (мес.)	$9,1 \pm 5,6$	$84,7 \pm 12,5$

трольной группе в зависимости от возраста), однако эта ситуация вызывает определенное беспокойство и боязнь сексуальных отношений, и чем моложе, тем выше. По-видимому, такая ситуация связана с тем, что для женщин, у которых сексуальная функция в связи с возрастом давно не является потребностью, вопрос о сексе после перенесенной операции вызывает определенную боязнь.

Для многих людей, попавших в беду, человеческие потребности сводятся к потребности «вы-

жить». В связи с болезнью и возрастом многие потребности утрачивают свою необходимость и направлены лишь на поддержание определенного жизненного уровня, что нельзя не учитывать. Для сравнительной оценки жизненных приоритетов и потребностей (ЖП) больных РВ, перенесших хирургическое лечение, нами разработана оригинальная анкета 2 (ее результаты представлены в табл. 4).

Таблица 3

Сравнительная оценка КЖ больных, перенесших реконструктивно-пластическую операцию по поводу РВ и женщин контрольной группы

Показатель	Перенесшие ВЭ с РП				Контрольная группа				<i>p</i>
Число больных	30				26				—
Функции	Уровень качества функции по шкале самооценки по 100-балльной системе				Уровень качества функции по шкале самооценки по 100-балльной системе				—
	До 25	До 50	До 75	До 100	До 25	До 50	До 75	До 100	
Мочеиспускания	—	1	4	25	1	9	13	3	
Кишечника	—	—	2	28		3	2	21	
Сексуальная	2	11	13	4	24	2	—	—	
Физическая и социальная активность	—	7	12	11	9	10	5	2	
M ± σ					M ± σ				
Мочеиспускания	95,0 ± 2,5 (50—100)				67,3 ± 5,3 (25—100)				≤0,05
Кишечника	98,3 ± 1,4 (75—100)				92,3 ± 3,4 (50—100)				>0,05
Сексуальная	65,8 ± 6,7 (25—100)				26,9 ± 2,5 (25—50)				≤0,05
Физическая и социальная активность	78,3 ± 4,5 (50—100)				46,2 ± 4,9 (25—100)				≤0,05
Подразделы нарушения функций и проблем мочеиспускания									
Возраст	До 65 лет		После 65 лет		До 65 лет		После 65 лет		
Беспокойство	—		6,7 ± 1,4		19,2 ± 2,6		30,7 ± 4,8		≤0,05
Разбрызгивание мочи, отсутствие моноструйности	—		3,3 ± 0,7		38,5 ± 5,4		38,46 ± 5,4		≤0,05
Недержание мочи	—		3,3 ± 0,7		3,8 ± 0,6		11,5 ± 1,9		≤0,05
Кишечника									
Беспокойство	3,3 ± 0,7		3,3 ± 0,7		7,7 ± 0,8		11,5 ± 1,9		>0,05
Нарушение функции	—		—		—		—		—
Выделения	—		—		—		—		
Физической и социальной активности									
Беспокойство	6,7 ± 1,4		20,0 ± 3,2		15,4 ± 3,4		23,0 ± 3,8		>0,05
Определенные ограничения	—		—		19,2 ± 2,6		23,0 ± 3,8		≤0,05
Не связанная с лечением	6,7 ± 1,4		30,0 ± 4,4		—		11,5 ± 1,9		>0,05
Сексуальной (половой) функции									
Боязнь, беспокойство	20,0 ± 3,2		13,3 ± 1,7		15,4 ± 3,4		11,5 ± 1,9		>0,05
Рубцовые изменения	—		3,3 ± 0,7		34,6 ± 5,2		19,2 ± 2,6		≤0,05
Не связанная с лечением	6,7 ± 1,4		10,0 ± 1,8		7,7 ± 0,8		7,7 ± 0,8		≤0,05

Таблица 4

Результаты опроса социально-психологических потребностей пациентов,
перенесших хирургическое лечение в исследуемой и контрольной группах

№	Жизненные приоритеты (ЖП)	Потребности	Число (%) респондентов считают для себя важными ЖП в следующей последовательности			
			в настоящее время		до заболевания	
			2 группа	1 группа	2 группа	1 группа
1.	Физическое выживание	в воздухе, воде, пище	30/100	26/100	30/100	26/100
		в выделительных функциях	30/100	26/100	30/100	26/100
		в сне, отдыхе	30/100	26/100	30/100	26/100
		в отсутствии боли	30/100	26/100	30/100	26/100
2.	Физиологические потребности	к движению	30/100	15/57,6	30/100	26/100
		к сексу	8/26,6	1/3,8	18/60,0	15/57,6
		к общению и информации	30/100	22/84,6	30/100	26/100
3.	Безопасность	чувство защищенности	30/100	26/100	30/100	26/100
		здоровья, комфорта	30/100	26/100	30/100	26/100
		самообслуживания	30/100	26/100	30/100	26/100
		в отсутствии страха	30/100	26/100	30/100	26/100
4.	Любовь, внимание	со стороны близкого человека (мужа)	18/60,0	16/61,5	19/63,3	18/69,2
		детей и других родственников	26/86,6	17/65,3	26/86,6	18/69,2
		друзей	15/50,0	10/38,4	20/66,6	16/61,5
		сотрудников, сослуживцев	0	0	0	0
5.	Уважение, достоинство, сохранение самостоятельности	быть внешне приятной	15/50,0	9/34,6	26/86,6	18/69,2
		женственной	15/50,0	9/34,6	26/86,6	18/69,2
		сексуально привлекательной	8/26,6	1/3,8	18/60,0	15/57,6
		сохранять ясный ум	15/50,0	10/38,4	20/66,6	16/61,5
		не иметь инвалидности	8/26,6	4/15,3	18/60,0	15/57,6
		сохранять самостоятельность	22/73,3	17/65,3	26/86,6	18/69,2
		чувствовать себя необходимой	25/83,3	17/65,3	26/86,6	18/69,2
		выполнять любимую работу	8/26,6	4/15,3	18/60,0	15/57,6
6.	Самореализация	менять обстановку в квартире	0	0	10/33,3	8/30,7
		менять прическу, стиль одежды	5/16,6	0	11/36,6	9/34,6
		строить новые планы	0	0	7/23,3	2/7,6
		творить, думать, вызывать положительные эмоции	4/13,3		11/36,6	9/34,6
		путешествовать	2/6,6	0	5/16,6	4/15,3

После заполнения респондентами анкеты №2, состоящей из разделов «Физическое выживание», «Физиологические потребности», «Безопасность», «Любовь, внимание близких», «Уважение, достоинство, сохранение самостоятельности», «Самореализация», суммиро-

вали число респондентов, считающих для себя важными указанные потребности в каждом подразделе, затем определяли средний уровень каждого приоритета в исследуемой и контрольной группе (соответственно №1 и №2) до заболевания и в настоящее время.

Таблица 5

Суммарный средний уровень результатов опроса потребностей пациенток, перенесших хирургическое лечение по поводу РВ

№	Жизненные приоритеты	Уровень потребностей в настоящее время		Уровень потребностей до заболевания		Комментарии к изменению уровня потребностей (p)
		2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	
1	Физическое выживание	100,0	100	100	100	Стабильно занимает 1-ю ступень во всех группах
2	Безопасность	100,0	100	100	100	Стала более приоритетной, перейдя с возрастом на 2-ю ступень
3	Физиологические потребности	75,5	48,6	86,6	85,8	Стали менее значимы, особенно в 1 группе после лечения ($\leq 0,05$)
4	Любовь, внимание	49,1	41,3	54,1	49,9	Снижение недостоверное ($> 0,05$)
5	Уважение, самоуважение	48,3	29,3	66,6	63,8	Снижение в 1 группе — значимое ($\leq 0,05$); во 2-й группе малозначимое ($> 0,05$)
6	Самореализация	7,3	0,0	29,3	24,5	Полностью утрачивается в 1-й группе и сохраняется у 7,3% пациенток 2 группы после лечения ($\leq 0,05$)

Как видно из табл. 5, безопасность как жизненный приоритет с 4-го места по Маслоу у женщин пожилого возраста, перенесших РВ и ВЭ, стала в один ряд с физическим выживанием, а физиологические потребности со 2-го места перешли на 3-е, однако они сохранились выше во 2-й группе в сравнении с контрольной группой (у 75,5% против 48,6%).

Обсуждение

1. Разработанные нами анкеты позволяют оценивать специфические изменения жизни пациентов, страдающих РВ, а также влияние на нее методов лечения.

2. Исследования показали, что в группе пациентов, которым было выполнено реконструктивно-пластическое закрытие раневого дефекта после вульвэктомии кожно-фасциальными лоскутами, сохраняется более высокий уровень самооценки качества жизни в разделах «Функция мочеиспускания» (средний балл — $95,0 \pm 2,5$ против $67,3 \pm 5,3$), «Сексуальная (половая) функция» ($65,8 \pm 6,7$ против $26,9 \pm 2,5$) и, как следствие, более высокий ($78,3 \pm 4,5$) уровень физической и социальной активности по сравнению с контрольной группой ($46,2 \pm 4,9$). Вместе с тем при подробном анализе отмечается неоднородность ответов в подразделах нарушения «сексуальной функции». В этой группе, как показывает анализ анкеты 2, хирургическое восстановление органа прибавило определенное «беспокойство и боязнь» у пациенток, закономерно связанное со снижением «физиологических потребностей» и возрастанием уровня «безопасности», обусловленное возрастом (менопаузой) и перенесенной болезнью.

Выводы

1. Разработанные нами оригинальные анкеты (№1 и №2) позволяют оценивать специфические из-

менения жизни больных РВ, а также влияние методов лечения на качество жизни пациентов.

2. Больные РВ, подвергнутые хирургическому лечению с замещением раневого дефекта кожно-фасциальной пластикой, имеют более высокое увеличение скорректированной выживаемости (при Ia-IVa стадиях РВ в среднем $86,05 \pm 3,2\%$ против $51,58 \pm 4,2\%$ в контрольной группе) и более высокую степень потребностей, качества жизни и социальной реабилитации.

1. Кузнецов В.В., Мехтиев В.Н., Коржевская Е.В. Современная онкология. Т.2. №2, 2000. С.37-39.
2. Неродо Г.А. // Науч.-практ. конф. с междунар. участием «Совершенствование медицинской помощи при онкологических заболеваниях, включая актуальные проблемы детской гематологии и онкологии. Национальная онкологическая программа». VII съезд онкологов России. Т.2. Москва, 2009. С.61-62.
3. Жаров А.В., Важенин А.В. Оптимизация лечения больных раком вульвы. Челябинск, 2005. 131 с.
4. Черенков В.Г., Александрова И.В. // Мат. науч. конф. «От лучей Рентгена — к инновациям XXI века: 90 лет со дня основания первого в мире рентгенорадиологического института (Российского научного центра радиологии и хирургических технологий). 8-10 октября 2008 г. Санкт-Петербург. С.352-353.
5. Knapstein P.G., Mahlke M., Poleska W., Zeuner W. // Zbl. Gynecol. 1985. Bd.107. №24. P.1479-1487.
6. Ракул С.А., Петров С.Б., Иванова М.Д., Петрова Н.Н. // Онкоурология. №2. 2009. С.64-73.
7. Мерабишвили В.М., Цветкова Т.В. Программный комплекс разработки данных выживаемости онкологических больных на популяционном уровне. Мат. 6 Всерос. съезда онкологов. Ростов н/Д. 2005. Т.1. С.34-35.
8. Ате Ван дер Зее // Практическая онкология. 2009. Т.10. №12. С.84-85.