Н.М. ТРИЗНА¹, Ж.В. КОЛЯДИЧ¹, Е.А. ЖАЛЕЙКО¹, А.А. ЕВМЕНЕНКО¹

¹Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Республика Беларусь

Динамика качества жизни пациентов как метод оценки результатов хирургического лечения рака полости рта и ротоглотки

Актуальность: Изучение показателей качества жизни пациентов является неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики и может служить дополнительным критерием для подбора индивидуальной терапии или индивидуальной программы реабилитации, экспертизы трудоспособности, выявления психологических проблем.

Цель исследования: на клиническом примере продемонстрировать возможности оценки результатов хирургического лечения рака полости рта и ротоглотки с пластическим замещением пострезекционного дефекта путем изучения качества жизни в динамике.

Результаты: Последствия противоопухолевого лечения отразились на балльной оценке показателей шкалы физического функционирования опросника EORTC QLQ-C30 (снижение до 80 баллов) и некоторых симптоматических шкал стандартизованных опросников EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-H&N35. После проведения медицинской реабилитации отмечалась положительная динамика показателей шкалы физического функционирования опросника EORTC QLQ-C30 (увеличение до 93,3 балла), симптоматических шкал опросника EORTC QLQ-H&N35, связанных с питанием. При этом, пациент перестал испытывать затруднения при приеме пищи в публичных местах, также отмечалось увеличение массы тела. Об успешном лечении и улучшении качества жизни свидетельствовало отсутствие болевого синдрома и отказ от приема анальгетиков.

Заключение: Субъективная оценка различных аспектов качества жизни у конкретного пациента позволяет получить ценную информацию об индивидуальном ответе на проводимые лечебные мероприятия.

Ключевые слова: рак полости рта и ротоглотки, качество жизни, хирургическое лечение, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35.

Введение: Изучение показателей качества жизни пациентов (КЖ) является неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики, оценки результатов эффективности лечения и реабилитации, качества и экономической эффективности оказываемой медицинской помощи, определения прогноза [1, 2]. Оценка КЖ может служить дополнительным критерием для подбора индивидуальной терапии или индивидуальной программы реабилитации, экспертизы трудоспособности, выявления психологических проблем.

В современных условиях пациент-ориентированный подход в медицине предполагает изучение различных факторов, влияющих на КЖ пациентов. Известно два способа измерения КЖ в медицине – «объективный», т.е. оценка КЖ пациента другим человеком (чаще всего врачом), и «субъективный», предполагающий самооценку различных составляющих КЖ [1].

Цель работы: на клиническом примере продемонстрировать возможности оценки результатов хирургического лечения рака полости рта и ротоглотки с пластическим замещением пострезекционного дефекта путем изучения качества жизни пациента в динамике.

Материалы и Методы: Для оценки КЖ использовались русскоязычные версии специальных опросников EORTC QLQ-30 и EORTC QLQ-H&N35. Пациент заполнял опросники до начала лечения и через 3 и 12 мес. после окончания специального лечения.

Опросник Европейской организации по изучению и лечению рака (European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire

core 30-questions, EORTC QLQ-C30), использовавшийся в данном исследовании, широко применяется в Европе и Америке для изучения КЖ у широкого спектра онкологических пациентов [3]. Данный опросник отвечает критериям, предъявляемым для опросников КЖ: он прост в заполнении, обладает хорошей воспроизводимостью результатов при повторном тестировании, удобен в обработке и интерпретации данных, а также имеет высокую корреляцию с данными, полученными с помощью других инструментов. Опросник EORTC QLQ-C30 включает 30 вопросов, формирующих 5 функциональных шкал (физической - PF, ролевой - RF, когнитивной - CF, эмоциональной - EF и социальной - SF) и 9 шкал симптомов. При оценке по функциональным шкалам и шкале общего состояния здоровья (OSL) более высокие значения соответствуют более высокому уровню КЖ, в то время как более высокие значения для симптоматических шкал соответствуют большей выраженности симптомов.

Специальный модуль опросника EORTC QLQ-H&N35 (EORTC quality of life questionnaire, head and neck cancer-specific module), применяется для изучения КЖ пациентов с опухолями головы и шеи [4]. Он включает 7 шкал, которые позволяют оценить боль, глотание, ощущение (вкус и запах), речь, питание, социальные контакты, сексуальность. Диапазон изменений – от 0 до 100 баллов. При анализе функциональных шкал высокий балл соответствует более высокому уровню функционирования; более высокий балл по симптоматическим шкалам означает высокий уровень симптомов и наличие проблем.

Оценку нутритивного статуса проводили на основании расчета индекса нутритивного риска (Nutritional Risk Index, NRI) по формуле [5]:

$$NRI = 1,519 \times \text{альбумин плазмы (г/л)} + 0,417 \times \frac{\text{масса тела 1 (кг)}}{\text{масса тела 2 (кг)}} \times 100,$$

где масса тела 1 – масса тела в момент обследования, масса тела 2 – идеальная масса тела.

Клиническое наблюдение:

Пациент Г., 58 лет, обратился в онкологическое отделение опухолей головы и шеи Республиканского научно-практического центра онкологии и медицин-

ской радиологии им. Н.Н. Александрова с жалобами на боли при глотании, болезненную язву в области мягкого неба слева. При объективном обследовании в области слизистой оболочки мягкого неба и передней небной дужки слева выявлена болезненная при пальпации опухоль инфильтративно-язвенного характера размерами 4,0х3,5 см с переходом на заднюю треть языка (рисунок 1). При пальпации и по данным инструментальных методов исследования поражение региональных лимфатических узлов не выявлено. После комплексного обследования пациенту установлен диагноз «плоскоклеточный рак слизистой оболочки мягкого неба с распространением на корень языка слева T3N0M0, III стадия».

А – пострезекционный дефект боковой стенки ротоглотки; Б – мышечно-фасциальный пекторальный лоскут фиксирован к краям дефекта с формированием боковой стенки ротоглотки

Рисунок 1 – Замещение пострезекционного дефекта боковой стенки глотки мышечно-фасциальным пекторальным лоскутом

Согласно национальным стандартам, пациенту на первом этапе было выполнено хирургическое лечение в объеме резекции тканей мягкого неба, боковой стенки ротоглотки, корня языка слева, фасциально-фулярного иссечения клетчатки шеи слева.

Хирургическое вмешательство осуществлялось следующим образом. После выполнения нижней трахеотомии и интубации трахеи произведен горизонтальный разрез мягких тканей шеи, мобилизована гортань. После пересечения трахеи глотка вскрыта в области левого грушевидного синуса. Отступив в пределах здоровой ткани от видимых границ опухоли до 2 см, выполнена резекция тканей ротоглотки с опухолью. На передней грудной стенке по нижнелатеральному контуру большой грудной мышцы выполнен разрез кожи, отсепарирован кожно-жировой лоскут, мобилизован участок большой грудной мышцы, покрытый фасцией, на питающих пекторальных сосудах, по форме и размеру, соответствующий послеоперационному дефекту глотки. Через подкожный тоннель мобилизованный лоскут перемещен на место послеоперационного дефекта глотки, причем лоскут располагался вертикально в плоскости дефекта и подшивался фасциальной поверхностью к слизистой оболочке глотки с формированием переднебоковой стенки глотки и глоточно-пищеводного соустья (рисунок 1). Послойно ушита кожа шеи над сформированным соустьем и рана донорской области с установкой активных дренажей. Установлен назогастральный зонд.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационные раны заживали первичным натяжением. Назогастральный зонд был удален на 10-е сутки после операции. Снятие швов и деканюляция выполнены на 14-е сутки.

На 12-е послеоперационные сутки пациента консультировал логопед. С учетом имеющегося пострезекционного дефекта артикуляционного аппарата пациенту была составлена индивидуальная программа коррекции речевых нарушений, включающая комплекс дыхательных и артикуляционных упражнений. Под контролем логопеда выполнялись упражнения и проводилось обучение пациента для последующих самостоятельных занятий в домашних условиях.

В удовлетворительном состоянии пациент был выписан на 15-е сутки после операции. Перед выпиской пациента была проведена оценка функций жевания, глотания и речи, рассчитывался индекс нутритивного риска. Со слов пациента сохранялись болезненные ощущения в области послеоперационной раны в полости рта и ротоглотки, которые вызывали затруднения при открывании рта и проглатывании пищи. При объективном исследовании отмечалось ограничение открывания рта до 3-4 см (I степень нарушений), питание осуществлялась преимущественно путем сиппинга, нутритивной недостаточности не выявлено (NRI составил 101,3), нарушения речи проявлялись в незначительном снижении темпа (до 110 слов в минуту) и произношении шипящих звуков.

По данным гистологического исследования операционного материала верифицирован плоскоклеточный ороговевающий рак, G1 с поражением тканей ротоглотки, корня языка, признаками микрососудистой инвазии. В региональных лимфоузлах, ткани подчелюстной слюнной железы, краях отсечения опухолевого роста нет. В послеоперационном периоде проведено облучение полости рта и шеи с 2 сторон (суммарная очаговая доза 50 Гр, разовая очаговая доза 2 Гр).

Признаков рецидива опухоли в течение 36 мес. после противоопухолевого лечения не наблюдалось.

При контрольном осмотре через 3 месяца сохранялось ограничение открывания рта, соответствующее I степени, но оно было безболезненным. В связи с вторичной адентией пациент испытывал затруднения при приеме твердой пищи, поэтому питался протертой пищей. Однако нутритивной недостаточности не отмечалось, NRI составил 107,2. Увеличился темп речи до 115-120 слов в минуту, разборчивость речи составляла более 90%, что свидетельствовало о легких нарушениях речевой функции.

Следует отметить, что лечение пациентов с опухолями головы и шеи, особенно при местно-распространенных опухолях, многокомпонентное и длительное, а возникающие функциональные нарушения дыхания, гло-

тания, речи вызывают ограничения в трудовой деятельности, что закономерно приводит к временной или стойкой утрате трудоспособности. Согласно нормативным документам [6] пациент был направлен на медико-социальную экспертизу, по результатам которой установлена II группа инвалидности сроком на один год, составлена индивидуальная программа медицинской реабилитации.

Через год после завершения противоопухолевого лечения и медицинской реабилитации при объективном исследовании установлено, что открывание рта было безболезненным и осуществлялось в полном объеме, затруднений при приеме пищи не выявлено, нутритивной недостаточности не отмечалось, пациент прибавил в весе, акустические характеристики голоса и разборчивость речи практически не отличались от нормативных показателей здорового человека [7]. При освидетельствовании пациента в медико-реабилитационной экспертной комиссии II группа инвалидности была заменена на III группу. Пациент вернулся к работе по специальности «инженер-электрик». Анализ показателей КЖ пациента Г. с помощью опросников EORTC QLQ-C30 (рисунок 2) и EORTC QLQ-H&N35 (рисунок 3) отражает динамику изменений состояния пациента на этапах наблюдения.

Рисунок 2 – Оценка общесоматического состояния пациента Г. по опроснику EORTC QLQ-C30 (в баллах по соответствующим шкалам)

Так, общее состояние здоровья до начала лечения согласно субъективной оценке пациента по данным опросника EORTC QLQ-C30 соответствовало 50 из 100 баллов, что может быть обусловлено наличием злокачественного новообразования и эмоциональным восприятием заболевания (тревога об функциональных и эстетических исходах лечения, сохранении социального статуса). При этом значительных нарушений по всем функциональным шкалам этого опросника на данном этапе не отмечалось. При более детальной оценке статуса пациента Г. С помощью опросника EORTC QLQ-H&N35 обращает внимание наличие симптомов опухоли данной локализации: затруднения при открывании рта, нарушение функции глотания и речи, слюноотделения, наличие болевых ощущений, требующих купирования с помощью анальгетиков.

Последствия противоопухолевого лечения отразились на балльной оценке показателей шкалы физического функционирования опросника EORTC QLQ-C30 (снижение до 80 баллов) и некоторых симптоматических шкал обоих опросников. Согласно данным опросников через 3 мес. после хирургического лечения у пациента появились усталость и нарушения чувствительности, усугубились затруднения при приеме пищи в публичных местах, проблемы в сексуальной сфере, сохранялись нарушения открывали рта и слюноотделения, речевой функции. Однако с учетом сопоставления результатов анкетирования с помощью обоих опросников отмечено уменьшение дисфагии, частоты приема анальгетиков, что свидетельствует о положительных изменениях КЖ.

Рисунок 3 – Оценка статуса пациента Г. по опроснику EORTC QLQ-H&N35 (в баллах по соответствующим шкалам)

После проведенного лечения отмечалось улучшение КЖ по показателю общего состояния здоровья: через 3 мес. после завершения хирургического лечения этот показатель составил 75,0 баллов, а через год после завершения противоопухолевого лечения и медицинской реабилитации – 83,3 балла. Отмечалась положительная динамика показателей шкалы физического функционирования опросника EORTC QLQ-C30 (увеличение до 93,3 балла), симптоматических шкал опросника EORTC QLQ-H&N35, связанных с питанием пациента: снижение балльной оценки нарушений открывания рта с 66,7 до 33,3 балла, а функции глотания – с 50,0 баллов до начала лечения до 16,7 баллов через 3 мес. после хирургического лечения и 8,3 баллов через год после завершения лечения, в результате чего пациент перестал испытывать затруднения при приеме пищи в публичных местах, а также отмечалось увеличение массы тела. По мнению ряда исследователей, отсутствие болевого синдрома и отказ от приема анальгетиков является клинически значимым и свидетельствует об успешном лечении и улучшении КЖ онкологических пациентов [8, 9].

Заключение: Субъективная оценка различных аспектов качества жизни у конкретного пациента позволяет получить ценную информацию об индивидуальном ответе на проводимые лечебные мероприятия. Данный клинический пример наглядно демонстрирует возможности изучения результатов хирургического лечения онкологических пациентов с пластическим замещением пострезекционного дефекта путем изучения КЖ. Сопоставление результатов объективного исследования

и субъективной оценки пациентом КЖ с помощью стандартизованных опросников EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-H&N35 показало идентичную динамику изменений состояния пациента на различных этапах: до начала лечения, через 3 и 12 мес. после окончания противоопухолевого лечения. Анализ показателей как функциональных шкал, так и шкал симптомов данных опросников, позволяет изучить роль различных факторов, влияющих на КЖ, оценить результаты лечения и планировать мероприятия, направленные на реабилитацию пациентов и достижения приемлемого уровня КЖ.

Список использованных источников:

1. Ионова Т.И., Никитина Т.П., Новик А.А., Снеговой А.В. Практические рекомендации по оценке качества жизни у онкологических больных // В кн.: Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2. – М., 2017. – Т.7. – С. 586–591. [Ionova T.I., Nikitina T.P., Novik A.A., Snegovoj A.V. Prakticheskie rekomendacii po ocenke kachestva zhizni u onkologicheskix bol'nyx // V kn.: Zlokachestvennye opuxoli: Prakticheskie rekomendacii RUSSCO #3s2. – М., 2017. – Т.7. – С. 586–591] DOI: 10.18027/2224-5057-2017-7-3s2-586-591;
2. Shepherd K.L., Fisher S.E. Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-treatment. // Oral. Oncol. – 2004. – Vol. 40, № 7. – P. 751-757. doi: 10.1016/j.oraloncology.2004.01.018;
3. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B., Billiner M., Cull A., Duez N.J., Filiberti A., Glehntner H., Fleishman S.B., de Haes J.C.J.M., Kaasa S., Klee M., Osoba D., Razavi D., Rofe P.B., Schraub S., Sneeuw K., Sullivan M., Takeda F. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology // J. Nat. Cancer Inst. – 1993. – №. 85. – P. 365–76. doi: 10.1093/jnci/85.5.365;

4. Bjordal K., de Graeff A., Fayers P.M., Hammerlid E., van Pottelsberghe C., Curran D., Ahlner-Elmqvist M., Maher E.J., Meyza J.W., Bredt A., Soderholm A.L., Arraras J.J., Feine J.S., Abendstein H., Morton R.P., Pignon T., Huguenin P., Bottomly A., Kaasa S. On behalf of the EORTC Quality of Life Group. A 12-country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. EORTC Quality of Life Group // *Eur. J. Cancer.* – 2000. – Vol. 36, №14. – P. 1796–1807. doi: 10.1016/S0959-8049(00)00186-6;

5. Снеговой А.В., Бесова Н.С., Веселов А.В., Кравцов С.А., Ларионова В.Б., Сельчук В.Ю., Сокурено В.П., Хомяков В.М. Практические рекомендации по нутритивной поддержке онкологических больных [Snegovoj A.V., Besova N.S., Veselov A.V., Kravcov S.A., Larionova V.B., Sel'chuk V.Yu., Sokurenko V.P., Xomyakov V.M. *Prakticheskie rekomendacii po nutritivnoj podderzhke onkologicheskix bol'nyx* // *rosoncweb.ru/standarts/RUSSCO/2016/40.pdf*. 29.03.2021;

6. Метод оценки ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности: инструкция по применению № 018-0214, утв. МЗ РБ 06.03.2014 / В.Б. Смычек и др. – Минск, 2014. – С.91-93. [Metod ocenki ogranichenij zhiznedejatel'nosti pri opredelenii invalidnosti: instrukciya po primeneniyu № 018-0214, utv. MZ RB 06.03.2014 / V.B. Smychek i dr. – Minsk, 2014. – S.91-93];

7. Ларингоэктомия с трахеопищеводным шунтированием и протезированием при раке гортани (клинические, методологические и функциональные аспекты) / Ольшанский В.О. [и др.]. – М.: Полиграфический центр «РИЭЛ», 2004. – С.151-171 [Laringoektomiya s traxeopishhevodnym shuntirovaniem i protezirovaniem pri rake gortani (klinicheskie, metodologicheskie i funktsional'nye aspekty) / Ol'shanskij V.O. [i dr.]. – M.: Poligraficheskij centr «RIEL», 2004. – S.151-171];

8. Cocks K., King M.T., Velikova G., de Catro Jr. G., Martyn St-James M., Fayers P.M., Brown J.M. Evidence-based guidelines for interpreting change scores for the European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 // *Eur. J. Cancer.* – 2012. Vol. 48, №11. – P. 1713-1721. doi: 10.1016/j.ejca.2012.02.059;

9. Карпенко А.В., Сибгатуллин Р.Р., Бойко А.А., Костова М.Г., Николаева О.М., Трунин Е.М. Динамика качества жизни у пациентов с раком полости рта, перенесших комбинированное/комплексное лечение, и его клиническая значимость // *Онкология головы и шеи.* – 2018. – Т.8, №4. – С. 39–47 [Karpenko A.V., Sibgatullin R.R., Bojko A.A., Kostova M.G., Nikolaeva O.M., Trunin E.M. *Dinamika kachestva zhizni u pacientov s rakom polosti rta, perenesshix kombinirovannoe/kompleksnoe lechenie, i ego klinicheskaya znachimost'* // *Opuxoli golovy i shei.* – 2018. – T.8, №4. – S. 39–47]. doi: 10.17650/2222-1468-2018-8-4-39-47.

ТҰЖЫРЫМ

Н.М. Тризна¹, Ж.В. Колядич¹, Е.А. Жалейко¹, А.А. Евмененко¹

¹Н.Н. Александров атындағы республикалық онкология және медициналық радиология ғылыми-практикалық орталығы, Минск, Беларусь

Ауыз қуысы мен ауыз жұтқыншақ қатерлі ісігін хирургиялық емдеудің нәтижелерін бағалау әдісі ретінде пациенттердің өмір сүру сапасының динамикасы

Өзектілігі: Өмір сүру сапасының көрсеткіштерін зерттеу диагностикалық, емдеудің және алдын-алудың жаңа әдістерін кешенді талдаудың ажырамас бөлігі болып табылады және жеке терапияны немесе оңалтудың жеке бағдарламасын, мүгедектікті тексеруді, психологиялық мәселелерді анықтаудың қосымша өлшемі бола алады.

Зерттеудің мақсаты: клиникалық мысалда динамикадағы өмір сүру сапасын зерттеу арқылы инъекциядан кейінгі ақауды пластикалық алмастырумен ауыз қуысы мен ауыз жұтқыншақ қатерлі ісігін хирургиялық емдеу нәтижелерін бағалау мүмкіндіктерін көрсету.

Нәтижелері: Ісікке қарсы емнің салдары EORTC QLQ-C30 сауалнамасының физикалық жұмыс шкаласының көрсеткіштерін (80 баллға дейін төмендету) және EORTC QLQ-C30 және EORTC QLQ-H&N35 стандартталған сауалнамалардың кейбір симптоматикалық шкалаларын баллдық бағалауға әсер етті. Медициналық оңалтудан кейін EORTC QLQ-C30 сауалнамасының физикалық жұмыс істеу шкаласы (93,3 баллға дейін), EORTC QLQ-H&N35 сауалнамасының тамақтанумен байланысты симптоматикалық шкаласы көрсеткіштерінің оң динамикасы байқалды. Сонымен қатар, науқас қоғамдық орындарда тамақтану кезінде қиындықтарды тоқтатты, дене салмағының жоғарылауы да байқалды. Табысты емдеу және өмір сүру сапасын жақсарту ауырсынудың болмауы және анальгетиктерді қабылдаудан бас тарту арқылы дәлелденді.

Қорытынды: Нақты пациентте өмір сүру сапасының әртүрлі аспектілерін субъективті бағалау жүргізілетін емдік іс-шараларға жеке жауап туралы құнды ақпарат алуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: ауыз қуысы мен ауыз жұтқыншақ қатерлі ісігі, өмір сүру сапасы, хирургиялық ем, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35.

ABSTRACT

N. Trizna¹, Z. Kaliadich¹, E. Zhaleika¹, A. Evmenenko¹

¹N.N. Alexandrov National Cancer Centre of Belarus, Minsk, the Republic of Belarus

Dynamics of quality of life of patients as a method for evaluating surgical treatment outcome for oral and oropharyngeal cancer

Relevance: The study of the patients' quality of life is an important part of a comprehensive analysis of new diagnostic, treatment, and prevention methods. It can serve as an additional criterion for selecting individual therapy or rehabilitation, examining the ability to work, and identifying psychological problems.

Purpose: To show the potential of evaluating the outcome of surgical treatment of oral and oropharyngeal cancer with plastic replacement of the post-resection defect by the study of dynamics of patient's quality of life (on a clinical case)

Results: The anticancer treatment effects were reflected in the physical functioning score according to the EORTC QLQ-C30 questionnaire (reduced to 80 points) and some symptomatic scores according to the EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-H & N35 questionnaires. Medical rehabilitation measures improved physical functioning scores according to the EORTC QLQ-C30 questionnaire (increase to 93.3 points) and symptomatic scores according to the EORTC QLQ-H & N35 questionnaire related to nutrition. At that, the patient has stopped having difficulty eating in public places; his body weight increased. The absence of pain and refusal to take analgesics also testified to successful treatment and improved quality of life.

Conclusion: A subjective assessment of the various quality of life aspects in a particular patient provides valuable information about the individual response to the conducted treatment.

Keywords: oral and oropharyngeal cancer, quality of life, surgical treatment, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H & N35.

автор для корреспонденции:

Тризна Наталия, e-mail: triznachka@gmail.com