

*Г.А. Ткаченко¹, И.А. Гладиллина¹, А.М. Степанова¹, А.В. Иванова¹,
А.М. Мерзлякова¹, А.К. Антонов²*

Социально-психологические аспекты качества жизни больных раком предстательной железы пожилого возраста после лучевой терапии

¹ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России,
²ГБУ здравоохранения г. Москвы Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы, Москва

Представлены результаты клинко-психологического исследования качества жизни больных раком предстательной железы пожилого возраста после лучевой терапии. Социально-психологические аспекты качества жизни оценивали с помощью модифицированной шкалы самооценки Дембо-Рубинштейна. Через 3–6 месяцев после лучевой терапии отмечается достоверное по сравнению с началом лечения снижение по шкалам: «удовлетворенность общением с окружающими», «удовлетворенность состоянием здоровья», «удовлетворенность материальным положением», «удовлетворенность сексуальными отношениями», «удовлетворенность активностью», «удовлетворенность возможностями проведения досуга и отдыха». Средние показатели шкал «удовлетворенность состоянием здоровья», «удовлетворенность сексуальными отношениями», «удовлетворенность возможностями проведения досуга и отдыха» опускаются ниже середины. При этом больные не угнетены своим социальным положением и не фиксированы мыслями о заболевании, напротив, настроение достоверно повышается по сравнению с этапом начала курса лучевой терапии, что может быть связано с психологическими особенностями возраста больных нашей выборки.

Ключевые слова: качество жизни; рак предстательной железы; лучевая терапия; шкала самооценки Дембо-Рубинштейна; пожилой возраст

Ежегодно в мире выявляется около 400 тысяч случаев рака предстательной железы. В 2012 году в России абсолютное число вновь выявленных случаев достигло 29,1 тысячи. В структуре онкологической заболеваемости мужского населения России рак предстательной железы занимает 2-е место (12,1%), уступая только злокачественным новообразованиям легкого. Средний возраст больных колеблется от 65 до 74 лет. Прирост стандартизованных показателей заболеваемости за 2007-2012 годы составил в России 35,8% [1].

Несмотря на совершенствование методов лечения и диагностики, данное заболевание остается на третьем месте в структуре смертности от онкологических заболеваний у мужчин, после рака легкого и желудка. В связи с практически бессимптомным течением рака простаты выявление ранних форм заболевания, при которых больным возможно выполнение радикального лечения, представляет собой особенно значимую проблему современной онкоурологии.

Для лечения рака предстательной железы промежуточного и высокого риска используются различные методы, такие как радикальная простатэктомия, радикальная лучевая терапия, выжидательная тактика, криотерапия. Однако, выбор метода лечения — сложная задача, так как необходимо учитывать наличие тех или иных сопутствующих заболеваний, возраст больных, ожидаемую продолжительность жизни пациентов, а также клинко-морфологические прогностические факторы.

В лечении локального рака предстательной железы на первый план выступает радикальная простатэктомия [2, 6]. Несмотря на очевидные преимущества, данный метод хирургического лечения имеет достаточно высокий уровень осложнений, основными из которых являются недержание мочи и эректильная дисфункция, что значительно снижает качество жизни больных, особенно молодого возраста [5, 8]. В результате хирургического лечения (радикальной простатэктомии) у 98% больных развивается вторичная эректильная дисфункция [4].

Лучевая терапия, являющаяся важным методом лечения больных раком предстательной железы среднего и высокого риска, позволяет получить более оптимистические результаты. В то же время, лучевая терапия также не лишена осложнений, как ранних, так и поздних, и это требует многопланового подхода к принятию окончательного решения о выборе метода лечения [11, 12].

В настоящее время, согласно данным Национального института рака США (NCI) и Американского общества клинической онкологии

(ASCO), качество жизни (КЖ) является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и является более важным, чем первичный ответ опухоли на проводимое лечение [10].

Качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека. Показатели КЖ дают информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимом лечении, о переносимости того или иного метода лечения, о его эффективности и, в конечном итоге, о его физическом, психологическом и социальном функционировании [3].

Исходя из литературных данных, наиболее часто встречающееся осложнение при лечении рака предстательной железы, в значительной степени снижающее качество жизни, выступает изменение сексуального статуса. Кроме того, у больных отмечаются изменения состояния мочеиспускательной функции, нарушения стула, что вызывает негативные переживания и оказывает отрицательное влияние на социальную жизнь больных, значительно снижает качество их жизни.

Цель исследования: изучить социально-психологические аспекты качества жизни больных раком предстательной железы пожилого возраста после лучевой терапии.

Материал и методы исследования

В соответствии с критериями включения/не включения была сформирована группа из 72 больных, перенесших лучевую терапию по поводу рака предстательной железы в ФБГУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Средний возраст больных составил 70,4±6,1 лет.

Всем больным была выполнена гистологическая верификация диагноза, путем трансперинеальной биопсии предстательной железы. Опухоли были представлены ацинарной аденокарциномой, индекс Глисона колебался от 6 до 10 баллов. По шкале D'Amico в группе среднего риска состояло — 37 (51,4%) больных, высокого риска — 35 (48,6%) пациентов. Всем больным проводилось определение уровня ПСА, пальцевое ректальное исследование, трансперинеальная биопсия предстательной железы, трансректальное УЗИ, объективный осмотр больного, урофлоуметрия, определение остаточной мочи. Оценка распространенности процесса осуществлялась на основании рентгенографии органов грудной клетки, скинтиграфического исследования костной системы, УЗИ брюшной полости, МРТ малого таза, при необходимости для уточнения характера изменений регионарных лимфоузлов выполнялось ПЭТ КТ с холином.

У большинства больных диагностирована III стадия — 60 (83,3%). Всем больным определяли уровень маркера ПСА. Уровень ПСА варьировал от 6,2 нг/мл до 311 нг/мл.

На первом этапе всем больным проводилась гормонотерапия в режиме МАБ или агонистами ЛГРГ.

В зависимости от метода лучевой лечения больные были распределены на 2 группы. В первой группе состояло 37 больных, которым была проведена дистанционная

лучевая терапия (3DCRT) на предстательную железу, семенные пузырьки, парапростатическую клетчатку и зоны регионарного метастазирования (внутренние и наружные подвздошные, пресакральные, запирающие лимфатические узлы) РОД 2Гр, СОД 46-50Гр, с последующим облучением предстательной железы и семенных пузырьков РОД 2Гр до СОД 60Гр и предстательной железы до СОД 72Гр.

Больным второй группы было выполнено сочетанное лучевое лечение: имплантация источников ¹²⁵I в предстательную железу 110Гр + дистанционная лучевая терапия на область малого таза СОД=46-50Гр. Больные второй группы подразделялись на 2 подгруппы: 1 — на первом этапе проводилась брахитерапия с последующей ДЛТ (19 больных), 2 — на первом этапе дистанционная лучевая терапия с последующим подведением брахитерапевтического буста (16 больных).

Всем больным проводилась гормональная терапия на фоне лучевой терапии и в адьювантном режиме в течение 2-3 лет.

Перед клинико-психологическим исследованием было проведено контрольное обследование: у всех больных отмечена полная регрессия первичной опухоли.

В исследовании использовались клинический и психологический (психометрический) методы. Диагностическая процедура осуществлялась в рамках клинического метода на основе непосредственного обследования больных и включала анализ психического состояния, субъективных и объективных анамнестических сведений (учитывалась информация, полученная от пациентов, лечащих врачей-онкологов), медицинской документации (истории болезни).

Психологическое обследование предусматривало применение модифицированной шкалы самооценки Дембо-Рубинштейна [7]. Шкала основана на непосредственной самооценке больными удовлетворенностью их жизнедеятельностью. Данная шкала, где больные сами оценивают различные сферы своей жизнедеятельности, сравнивая их в разные периоды лечения, в том числе и доболезненный период зарекомендовала себя, как простой, но надежный инструмент для оценки различных аспектов качества жизни больных в процессе лечения [9].

Нами выделено 10 шкал, которые были названы больными наиболее значимыми в ходе структурированного интервью:

1. удовлетворенность общением с окружающими;
2. удовлетворенность состоянием здоровья;
3. удовлетворенность внешним видом;
4. удовлетворенность семейными отношениями;
5. удовлетворенность материальным положением;
6. удовлетворенность сексуальными отношениями;
7. удовлетворенность настроением;
8. удовлетворенность активностью;
9. удовлетворенность возможностями проведения досуга и отдыха;

10. удовлетворенность жизнью.

Исследование осуществлялось в два этапа: на первом этапе (перед началом ЛТ) применяли метод структурированного интервью, позволяющий получить добровольное согласие на участие в исследовании и шкалу Дембо — Рубинштейн.

На втором этапе (после ЛТ) повторно использовали шкалу Дембо-Рубинштейна. Длительность окончания ЛТ составляла от 3 до 6 месяцев.

Оценка полученных результатов проводилась с использованием параметрического метода описательной статистики — критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Данные представлены как среднее значение + стандартная ошибка средних (M+м).

Таблица 1. Усредненные результаты по шкалам Дембо-Рубинштейн

№ шкалы	Шкалы	Этап исследования		t-Стьюдента	p
		до начала ЛТ	после ЛТ		
1	удовлетворенность общением с окружающими	70,0+7,9	51,4+6,4	7,8	<0,05
2	удовлетворенность состоянием здоровья	57,7+7,5	46,9+8,6	3,4	<0,05
3	удовлетворенность внешним видом	56,6+5,9	54,2+5,7	1	>0,05
4	удовлетворенность семейными отношениями	66,2+9,2	74,2+7,9	2,4	<0,05
5	удовлетворенность материальным положением	59,6+5,9	53,5+8,8	2,1	<0,05
6	удовлетворенность сексуальными отношениями	55,4+6,3	44,6+6,6	4,3	<0,05
7	удовлетворенность настроением	51,9+6,9	63,1+6,9	4,1	<0,05
8	удовлетворенность активностью	62,3+9,3	52,3+7,5	3	<0,05
9	удовлетворенность возможностями проведения досуга и отдыха	53,1+4,3	47,3+3,9	3,6	<0,05
10	удовлетворенность жизнью	67,7+4,8	66,2+6,2	0,7	>0,05

Результаты и обсуждение

Усредненные результаты исследования представлены в табл. 1.

При первичной диагностике больные удовлетворены всеми сферами своей жизнедеятельности: средние показатели по всем шкалам выше середины. Примечательно, учитывая возраст больных, все больные были удовлетворены сексуальными отношениями, хотя на момент начала лечения только у 19,4% (14 чел.) больных была сохранена эректильная функция. Со слов больных, это не вызывало особых переживаний, поскольку считалось естественным для их возраста.

Самая высокая оценка оказалась по шкале «удовлетворенность общением с окружающими» (82,3±17,4), что свидетельствует о социальной активности больных, почти половина больных (40,3%), несмотря на возраст, продолжали профессиональную деятельность.

Все больные удовлетворены, несмотря на наличие заболевания, состоянием их здоровья. Это объясняется, как нам кажется, бессимптомным течением данной патологии, чаще всего, случайно выявленным при обследовании совсем другого заболевания.

При повторном исследовании все показатели, за исключением, шкалы «удовлетворенность семейными отношениями» снижаются. Достоверное снижение отмечается по шкалам: «удовлетворенность общением с окружающими», «удовлетворенность состоянием здоровья», «удовлетворенность материальным положением», «удовлетворенность сексуальными отношениями», «удовлетворенность активностью», «удовлетворенность возможностями проведения досуга и отдыха», что было связано с ранними лучевыми реакциями.

Средние показатели шкал «удовлетворенность состоянием здоровья», «удовлетворенность сексуальными отношениями», «удовлетво-

ренность возможностями проведения досуга и отдыха» опускаются ниже середины. По словам больных, именно лечение привело к осознанию диагноза, а побочные явления (нарушения мочеиспускания и стула), возникшие во время и после лучевой терапии, снижают удовлетворенность здоровьем, приводят к ограничению социальной активности.

Снижаются показатели по шкале «удовлетворенность сексуальными отношениями», хотя изначально у большинства больных эректильная функция и не была сохранена. По словам больных, сама информация о возможных нарушениях сексуальной функции является психологической травмой, поскольку секс в их сознании ассоциируется с мужественностью и жизненной энергией и активностью. Все эти переживания приводят к сокращению общения с окружающими, практически все больные прекратили трудовую деятельность, ограничивая свою жизнь рамками семьи. Именно по этой причине значительно повышается удовлетворенность семейными отношениями, поскольку семья, по сути, остается единственным источником общения и поддержки. При этом больные не угнетены своим социальным положением и не фиксированы мыслями о заболевании, напротив, настроение достоверно повышается по сравнению с этапом начала курса лучевой терапии (см. табл. 1). Как нам кажется, это может быть связано с психологическими особенностями возраста больных нашей выборки. Как известно, основными характеристиками пожилых людей является снижение физической и психической активности. В данном случае завершение профессиональной деятельности, снижение потребности в активном отдыхе и развлечениях, а также сужение круга общения больными объясняются, как последствия лечения, а не возраста, что психологически легче переносится.

Заключение

Таким образом, качество жизни больных раком предстательной железы пожилого возраста после лучевой терапии снижается, преимущественно за счет снижения социальной активности.

Однако, интерпретировать полученные результаты по качеству жизни всех больных раком предстательной железы однозначно нельзя, поскольку проблемы больных разных возрастных категорий могут быть различными и отличаться от больных, участвовавших в нашем исследовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. — М.: Издательская группа РОНЦ, 2014. — 226 с.
2. Велиев Е. И. Оптимизация хирургического лечения больных локализованным раком предстательной железы. Дисс. док. мед. наук. — СПб., 2003. — 348 с.
3. Лекции по фундаментальной и клинической онкологии // Ред. В.М. Моисеенко, А.Ф. Урманчеева, К.П. Хансон. — СПб, 2004. — 703 с.
4. Лоран О.Б. Рак простаты: современный взгляд на проблему // Материалы XI съезда урологов России. — М., 2007. — С. 5-13.
5. Матвеев В. Б., Ткачев С. И., Волкова М. И. и др. Лечение клинически локализованного рака предстательной железы // Онкоурология. — 2008. — № 4. — С. 38-43.
6. Пушкарь Д. Ю. Радикальная простатэктомия. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 168 с.
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. — Самара: БАХРАХ, 2000. — 672 с.
8. Ракул С.А. Рак предстательной железы: диагностика, результаты хирургического лечения и качество жизни. Автореферат дисс. докт. мед. наук. — СПб., 2009. — 37 с.
9. Ткаченко Г.А., Арсланов Х.С., Яковлев В.А. и др. Влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных раком молочной железы в отдаленном периоде // Вопросы онкологии. — 2008. — Т. 54. — № 6. — С. 724-728.
10. Al-Shibli K.I., Donnem T., Al-saad S. et al. Prognostic effect of epithelial and stromal lymphocyte infiltration in non-small cell lung cancer // Clin. Cancer Res. — 2008. — Vol. 14. — Pp. 5220-5227.
11. Putora P.M., Engeler D., Haile S.R. et al. Erectile function following brachytherapy, external beam radiotherapy, or radical prostatectomy in prostate cancer patients // Strahlenther Onkol. — 2016. — Vol. 192(3). — P. 182-189.
12. Veccia A., Caffo O., Fellin G. et al. Impact of post-implant dosimetric parameters on the quality of life of patients treated with low-dose rate brachytherapy for localised prostate cancer: results of a single-institution study // Radiat. Oncol. — 2015. — Vol. 10. — P. 10-130.

Поступила в редакцию 10.05.2017 г.

*G.A. Tkachenko¹, I.A. Gladilina¹, A.M. Stepanova¹,
A.V. Ivanova¹, A.M. Merzlyakova¹, A.K. Antonov²*

Socio-psychological aspects of the quality of life of elderly patients with prostate cancer after radiation therapy

¹N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center
²S.P. Botkin City Clinical Hospital
Moscow

The paper presents results of clinical and psychological studies of the quality of life of elderly patients with prostate cancer following radiation therapy. Socio-psychological aspects of the quality of life were assessed using a modified scale of self-evaluation of Dembo-Rubinstein. In 3-6 months after radiation therapy there was noted significant reduction, compared to the beginning of treatment, on scales: «satisfaction with communication», «satisfaction with health», «satisfaction material conditions», «satisfaction with sexual relations», «satisfaction with activity», «satisfaction with leisure time and rest». Average indices of scales «satisfaction with health», «satisfaction with sexual relations», «satisfaction with leisure time and rest» fell below the middle. At the same time patients were not depressed by their situation did not fixed on thoughts about the disease, on the contrary the mood was significantly higher compared to the initial course of radiotherapy that could be associated with the psychological characteristics of the age of the patients in our sample.

Key words: quality of life, prostate cancer, radiation therapy, scale of self-evaluation of Dembo-Rubinstein, elderly