



Анализ показателей качества жизни больных диссеминированным раком молочной железы, получавших различные режимы гормонотерапии в зависимости от возраста

Д.С. Мирзоева, Д.З. Зикирходжаев*, С.Г. Раджабова, Ф.Г. Солиев

Республиканский онкологический научный центр; *кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Данные, полученные в ходе нашего исследования, показали, что, с точки зрения качества жизни (КЖ), у женщин в постменопаузе в возрасте до 60 лет, страдающих диссеминированным раком молочной железы (ДРМЖ), назначение препарата «Тамоксифен» в качестве гормонотерапии (ГТ) первой линии вполне оправданно, т.к. относительное увеличение КЖ у этой группы больных достигает 22,4% (40-49 лет); 20,7% (50-59 лет). В ходе проведения работы выявлено, что для пациенток 60 лет и старше назначение тамоксифена в качестве ГТ первой линии нецелесообразно, т.к. повышение уровня КЖ этих больных не достигает статистической достоверности за год наблюдения, а относительное увеличение показателя не превышает 14,2%. Кроме того, полученный результат уступает показателю, зарегистрированному в группе больных ДРМЖ 60 лет и старше, получающих ингибиторы ароматазы, который составил 31,5%.

Ключевые слова: диссеминированный рак молочной железы, гормонотерапия, качество жизни

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) остаётся основной причиной онкологической смертности среди женщин. Отмечается неуклонный рост показателей заболеваемости этой локализации во всём мире, преимущественно в развитых странах [1]. Пик заболеваемости приходится на 45-55 лет. В связи с тем, что в некоторых странах отсутствуют программы раннего выявления заболевания, соответственно увеличивается и частота диссеминированных форм рака молочной железы. У половины больных РМЖ, получивших радикальное лечение, рано или поздно появляются метастазы и на этом этапе заболевания излечение уже невозможно, возникает необходимость лишь в достижении клинической ремиссии. Основным критерием эффективности противоопухолевого лечения является продолжительность жизни, но в настоящее время важную роль играет оценка и улучшение качества жизни больной. Понятие «качество жизни» (КЖ) больного появилось в Index medicus в 1977г. и в настоящее время широко используется в медицине зарубежных стран. В Европе под КЖ подразумевают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека [2], тогда как американские исследователи определяют КЖ как физическое, эмоциональное, социальное, финансовое и духовное благополучие человека [3]. При поиске оптимальных методов лечения, исследование КЖ больной является надёжным и чувствительным индикатором оценки результатов терапии

[4,5]. Чаще всего в поле зрения врача оказываются физикальные, лабораторные и инструментальные данные, описывающие физическое состояние больного, в то время как важная информация об индивидуальных, психологических, социальных проблемах, появившихся в жизни человека в связи с болезнью, как правило, малодоступна врачу. Современная медицина рассматривает качество жизни как конечную цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических, духовных и социальных программ помощи больным [6].

В связи с этим оценка качества жизни является надёжным информативным и экономичным методом и в большинстве цивилизованных стран мира относится к числу наиболее приоритетных и перспективных направлений современной онкологии.

Цель исследования: оценить показатели качества жизни у больных диссеминированным раком молочной железы, получающих различные режимы гормонотерапии с учётом возраста.

Материал и методы. Для реализации поставленной задачи в РОНЦ РТ, проводилось наблюдение за 60 больными с гистологически верифицированным диагнозом ДРМЖ, получавших гормонотерапию в период с января 2010 по январь 2012 года. Все пациентки, включённые в исследование, находились в менопаузе или в постменопаузе, у всех определя-

ТАБЛИЦА. ОТНОСИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ГОРМОНОТЕРАПИИ

Возраст	Препараты ГТ первой линии	
	Тамоксифен (n=31)	Ингибиторы ароматазы: летрозол, ремифаст (n=29)
40-49	22,4% (n=12)	28,7% (n=9)
50-59	20,7% (n=10)	29,1% (n=9)
60 лет и старше	1,0% (n=9)	14,2% (n=11)

лась экспрессия рецепторов эстрогена или прогестерона в опухоли (в лабораториях г. Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Алматы).

Возраст больных варьировал от 40 до 65 лет. Средний возраст составил 48,9 лет. В ходе исследования все пациентки были распределены на три возрастные группы: от 40 до 49 лет (n=21), от 50 до 59 лет (n=19), от 60 лет и старше (n=20). В соответствии с семейным положением также были выделены три группы: женщины, проживающие с семьёй (с мужем и детьми или просто с мужем), разведённые или вдовы, проживающие с детьми и просто одинокие.

Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от получаемого препарата. Первая группа состояла из 31 пациентки. В качестве гормонотерапии первой линии больным был назначен тамоксифен – антиэстрогенный препарат (фирмы «Эбеве», Австрия), ЛЭНС или ратиофарм (производство России) в таблетках по 20 мг в стандартных дозовых режимах, ежедневно в течение двух лет. Во второй группе (в количестве 29 пациенток) в качестве первой линии ГТ использовались ингибиторы ароматазы: фемара (летрозол) – 2,5мг или ремифаст – 2,5мг ежедневно, также в течение двух лет. Пациентки обследовались в динамике через 3, 6 и 9 месяцев. В ходе обследования проводились клинический осмотр, рутинные лабораторные и инструментальные исследования, а также оценка качества жизни.

КЖ пациенток оценивалось в баллах при помощи заполненных больными опросников EORTCQLC-C30 (version3) [7]. Данные опросника позволяют оценить физическое, эмоциональное и социально-семейное благополучие, а также благополучие в повседневной жизни.

Результаты и их обсуждение. В период наблюдения отмечалось повышение показателей уровня КЖ при всех режимах гормонотерапии во всех возрастных группах.

В таблице отражено относительное увеличение показателей КЖ за 12 месяцев наблюдения. Относительное увеличение было рассчитано по формуле: $Z = (КЖ(б) - КЖ(а)) : КЖ(а) \times 100\%$ где Z- относительное увеличение показателя КЖ (%);

КЖ (а) - показатель уровня КЖ до начала лечения (баллы);
КЖ (б) - показатель уровня КЖ через 12 месяцев наблюдения (баллы).

Принимая во внимание литературные источники и основываясь на результатах исследования В.А. Купер и L.V. Wenzel [8,9], целью которых было изучение КЖ пожилых пациенток, страдающих РМЖ, мы предполагали, что в ходе нашего исследования, относительное увеличение показателей уровня КЖ будет ниже у пациенток старше 60 лет, т.к. уже при беседе с ними, эта категория больных ДРМЖ отказывалась или с большим усилием соглашалась на предлагаемое им лечение.

Данные, полученные в ходе обследования, наше предположение опровергли. При гормонотерапии первой линии в группе больных, получавших летрозол, относительное увеличение показателя уровня КЖ во всех возрастных категориях практически одинаково и всё же на 2,5% было выше у больных в группе пациенток в возрасте 60 лет и старше.

Таким образом, результаты исследования показали, что относительный показатель КЖ при гормонотерапии летрозолом увеличивается у всех пациенток, превалируя у женщин в возрасте 60 лет и старше. В группе больных, получавших ремифаст, статистически достоверные результаты получить не удалось, т.к. этот препарат, хотя и является аналогом ингибитора ароматазы, но в нашей стране применяется совсем недавно и был назначен всего 4 пациенткам. В то же время нами отмечено, что в группе больных в возрасте 60 лет и старше, получавших всеобщее признанный препарат «Тамоксифен», относительное увеличение уровня КЖ происходит гораздо медленнее. Показатели группы больных, получавших тамоксифен, уступают по результатам пациенткам, получавшим летрозол, в возрастной категории 60 лет и старше почти на 17%. Эти данные указывают на то, что с точки зрения КЖ, пациенткам с ДРМЖ 60 лет и старше нежелательно назначение тамоксифена как ГТ первой линии, предпочтение надо отдать ингибиторам ароматазы. Кроме того, если учитывать, что пациентки в возрасте 60 лет и старше страдают, кроме РМЖ, ещё и другими соматическими патологиями, такими как гипертония, сахарный диабет



и т.д., что также влияет на выживаемость, в связи с чем представляется сомнительной необходимость оставлять в резерве ГТ ингибиторы ароматазы в ущерб КЖ. Всё это бесспорно подтверждает факт в пользу ГТ первой линии пациенткам в возрасте 60 лет и старше ингибиторов ароматазы-летрозола, фемары, ремифаста.

В свою очередь, мы отмечаем, что относительный показатель повышения уровня КЖ в группе больных в возрасте до 60 лет, получавших тамоксифен, достаточно высок (22,4%;20,7%), таким образом, проводя этим пациенткам ГТ первой линии тамоксифеном, мы получаем хороший результат, с точки зрения КЖ, и оставляем в резерве ингибиторы ароматазы для проведения второй линии, в случае дальнейшего прогрессирования заболевания. Когда мы начали исследовать КЖ и семейное положение, предполагали, что семейные женщины более обременены заботами по дому, чем одинокие, но выяснили, что показатель уровня КЖ не зависит от сочетания семейного положения и режима получаемой ГТ. Поэтому дальше этот вопрос не рассматривался.

Данные, полученные в ходе нашего исследования, показали, что, с целью увеличения уровня КЖ, у женщин в постменопаузе в возрасте до 60 лет, страдающих ДРМЖ, назначение тамоксифена в качестве ГТ первой линии вполне оправданно, т.к. относительное увеличение КЖ у этой группы больных достигает 22,4% и 20,7%.

Для пациенток в возрасте 60 лет и старше назначение тамоксифена в качестве ГТ первой линии нецелесообразно, т.к. повышение уровня КЖ этих больных не достигает статистической достоверности за год наблюдения, а относительное увеличение показателя не превышает 14,2%.

Кроме того, полученные результаты уступают показателям, зарегистрированным в группе больных ДРМЖ в возрасте 60 лет и старше, получающих ингибиторы ароматазы, показатели которых не превышали 31,5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарин А.М. Справочное руководство по лекарственной терапии солидных опухолей/ А.М.Гарин, И.С.Базин// – М. - 2007. – 299с.
2. Горбунова В.А. Качество жизни онкологических больных/ В.А.Горбунова, В.В.Бредер // Мат. IV Росс. онкол. конф.- М. -2000. - С.54-56
3. Комарова В.П. Качество жизни как один из критериев оценки эффективности лечения/ В.П. Комарова / Мат. V Росс. онкол. конф. – М. - 2001. - С.82
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А.Новик, Т.И.Ионова // - СПб.:Изд. дом «Нева». - 2002. – 320с.
5. Переводчикова Н.И. Современная онкология / Н.И.Переводчикова / - М. - 2004. - Т.2. - №4. - С.74-78
6. Чиссов В.И. Онкология. Клинические рекомендации/ В.И.Чиссов,С.Л.Дарьялова// -М.: ГЭОТАР – Медиа. - 2006. – 720с.
7. Brucker P.S. General population and cancer patient norms for the functional Assessment of Cancer Therapy–General(fact-G)//P.S.Brucker, K.Yost, J.Cashy/ Eval. Health Prof. – 2005. - Vol.28. - P.192-211
8. Kuper B.A. Quality of life in older women with breast cancer// B.A Kuper /J. Breast. Cancer. - 2006. - Vol.1. - P.18
9. Wenzel L.B. Agerelated differences in the quality of life of breast cancer patients // L.B. Wenzel, D.L. Fairclough, M.J.Brady // Clin. Oncol. - 2004. - Vol.22. - P.1849-1856



Summary

Analysis of the life quality in patients with disseminated breast cancer receiving different mode of hormonotherapy in depend on age

D.S. Mirzoyeva, D.Z. Zikiryakhodjaev, S.G. Radjabova, F.G. Soliev

The findings obtained during our study showed in terms of quality of life (QOL) in postmenopausal women under 60 years, suffering from metastatic breast cancer (DBC) use the drug 'Tamoxifen' as first-line hormone therapy (HT) is justified, because relative increase of QOL in this group of patients reached 22.4%, 20.7%. For patients 60 years and over Tamoxifen as first-line HT is not advisable, because improvement of QOL of these patients did not reach statistical significance for the year of observation, and relative increase of the rate does not exceed 14.2%. In addition, this result below from indicator registered in the group of patients DRMZH 60 years and older who receive aromatase inhibitors, which amounted to 31.5%.

Key words: disseminated breast cancer, hormone therapy, quality of life

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Д.С. Мирзоева – руководитель отделения маммологии и реконструктивно-пластической хирургии ГУ РОНЦ МЗ РТ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59а
E-mail: isakova disa72@mail.ru