

Качество жизни больных с менингиомами головного мозга до и после оперативного лечения

Чудакова И.В., Григорьева В.Н.

Quality of life in patients with brain meningiomas before and after surgical treatment

Chudakova I.V., Grigoryeva V.N.

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

© Чудакова И.В., Григорьева В.Н.

Цель исследования – изучение качества жизни (КЖ) больных с менингиомами головного мозга (МГМ). Показатели самооценки КЖ и уровни тревоги и депрессии определяли у 30 больных с МГМ до операции и у 23 из них через 6 мес после нее. Показатели КЖ у больных МГМ существенно ниже, чем у здоровых людей. После оперативного лечения КЖ больных повышается, оставаясь сниженным по сравнению со здоровыми лицами. Улучшение КЖ происходит прежде всего за счет регресса цефалгического и эпилептического синдромов и уменьшения выраженности уровней тревоги и депрессии.

Ключевые слова: менингиомы головного мозга, качество жизни, факторы, влияющие на качество жизни.

Aim – the study of quality of life (QL) in patients with meningiomas of the brain. We determined QL and anxiety and depression levels in 30 patients before the surgery. 23 out of 30 patients were examined 6 months later. QL in patients with brain meningiomas is lower than that in healthy people. Postoperative QL is increase. The improvement of QL is determined by the regress of headache, epilepsycal syndrome and by the marked decrease of anxiety and depression levels.

Key words: meningiomas of the brain, quality of life.

УДК 616.831-006.328-089.15/.17-036.8-052:613.7/.8:159.942.22

Введение

Менингиомы головного мозга (МГМ) являются доброкачественными внеозговыми новообразованиями головного мозга (ГМ), происходящими из клеток менинготелия, который выстилает поверхности твердой и паутинной оболочек ГМ, а также участки сосудистого сплетения желудочков (Russel D.S., Rubinstein L.J., 1998). Основным методом лечения опухолей является оперативный, об эффективности которого судят по средней продолжительности жизни больного, длительности безрецидивного периода и общему качеству жизни (КЖ) больных [3]. Между тем перечисленные показатели обладают разной чувствительностью в плане отражения результатов лечения. Хотя продолжительность жизни подавляющего большинства оперированных больных увеличивается, КЖ может существенно не изменяться по сравнению с тем, которое было до операции (Ступак В.В., Калининский А.В., 2007; Тиглиев Г.С. и соавт., 2001).

Наряду с этим именно показателю КЖ отводят в настоящее время решающую роль в оценке эффективности лечения пациентов. В связи с вышесказанным актуальным представляется изучение изменений показателей КЖ и влияющих на них факторов после оперативного лечения больных с оболочечными опухолями ГМ.

Цель исследования – изучение КЖ больных с менингиомами головного мозга и его изменений после оперативного удаления опухоли.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 30 больных МГМ, из них 22 (73%) женщины и 8 (27%) мужчин, средний возраст которых был равен $(51,0 \pm 2,1)$ года. Высшее образование имели 14 (46%) человек, среднее – 16 (54%). Больным проводилось клинико-неврологическое и нейровизуализационное обследование (магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга), определение уровней тревоги и де-

прессии, а также показателей самооценки качества жизни.

Классическое клиничко-неврологическое обследование дополнялось количественной оценкой интенсивности цефалгического синдрома и головокружения по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и выраженности двигательных, чувствительных, координаторных расстройств, нарушений функций черепно-мозговых нервов в баллах (использовалась 4-балльная шкала: 0 баллов – отсутствие нарушений, 3 балла – максимально возможные проявления). Наличие эпилептического синдрома оценивалось в 1 балл, его отсутствие – 0 баллов.

Клинический диагноз подтверждался данными МРТ головного мозга. Объем опухолевой ткани по данным МРТ у 22 (66%) больных составил менее 50 мм³, у 8 (34%) – 50 мм³ и более.

Уровни тревоги (УТ) и депрессии (УД) в баллах определялись по госпитальной шкале тревоги и депрессии (ГШТД).

Для оценки качества жизни применялся русскоязычный адаптированный вариант опросника Functional Assessment of Cancer Therapy for patients with brain tumor (FACT-Br) (лицензия Center on Outcomes, Research and Education, Evanston, Illinois, США). Анализировались показатели следующих субшкал опросника: физическое благополучие (Physical well-being (PWB)), благополучие в социальных (семейных) взаимоотношениях (Social (family) well-being (SWB)), эмоциональное благополучие (Emotional well-being (EWB)), благополучие в повседневной жизни (Functional well-being (FWB)), а также специальной субшкалы (Brain cancer subscale (BrCS)), учитывающей специфические признаки опухолевого поражения ГМ. Кроме того, оценивались производные от показателей вышеперечисленных субшкал – комплексные показатели. Такими показателями являлись FACT-Br Trial Outcome Index (FACT-Br TOI), представляющий собой сумму показателей субшкал физического состояния, благополучия в повседневной жизни и субшкалы показателей, отражающей наличие опухоли ГМ (PWB + FWB + BrCS); FACT-G total score (FACT-G), определяющийся как сумма показателей субшкал физического благополучия, эмоционального благополучия, благополучия в социальных (семейных) взаимоотношениях и благополучия в повседневной жизни (PWB + SWB + EWB + FWB); интегральный показа-

тель качества жизни FACT-Br total score (FACT-Br), вычисляемый путем суммирования показателей всех субшкал (PWB + SWB + EWB + FWB + BrCS).

Обследование проводилось всем 30 больным до оперативного лечения (Т1) и 23 из них (15 женщин и 8 мужчин) через 6 мес (Т2) после удаления опухоли головного мозга.

Из числа факторов, потенциально влияющих на КЖ больных, рассматривались выраженность общемозговой и очаговой неврологической симптоматики (баллы), УТ и УД (баллы), длительность течения заболевания до момента оперативного лечения (месяцы), локализация и размер объемного образования (объем опухолевой ткани, составляющий по данным МРТ менее 50 мм³, оценивался в 0 баллов, составляющий 50 мм³ и более – в 1 балл). Из числа характеристик оперативного вмешательства анализировались следующие параметры: длительность операции в минутах (менее 180 мин – 0 баллов, 180 мин и более – 1 балл), объем кровопотери (менее 250 мл – 0 баллов, 250 мл и более – 1 балл), наличие ранних послеоперационных осложнений в виде образования гематом в ложе удаленной опухоли (отсутствие послеоперационных осложнений – 0 баллов, присутствие послеоперационных осложнений – 1 балл), степень радикальности операции (полное удаление опухоли – 0 баллов, неполное удаление опухоли – 1 балл).

Группа сравнения включала 50 здоровых человек (средний возраст (50,0 ± 2,1) года), в том числе 29 (58%) женщин, 21 (42%) мужчина, из них высшее образование имели 22 (44%), среднее образование – 28 (56%) человек. Лицам группы сравнения определялись показатели качества жизни.

Статистический анализ проводился с применением пакетов программ Statistica 6.0. Анализ соответствия вида распределения признака закону нормального распределения осуществлялся путем применения критерия Шапиро–Уилки. Сравнение выборок осуществлялось с применением непараметрического критерия Манна–Уитни для независимых выборок и непараметрического критерия Вилкоксона для связанных выборок. Сравнение выборок, имеющих нормальное распределение признака, выполнялось с использованием параметрического метода (*t*-критерия Стьюдента). Проверка гипотезы о сопряженности улучшения КЖ с регрессом имевшейся до хирургического лечения симптоматики проводилась путем при-

менения критерия χ^2 . Корреляционный анализ осуществлялся с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Различия показателей между группами считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Длительность заболевания от момента возникновения первых признаков до установления диагноза в среднем составила $(60,3 \pm 2,3)$ мес. Ведущей жалобой больных с МГМ являлась жалоба на головную боль, средняя интенсивность которой была равна $(62,5 \pm 2,5)$ мм по ВАШ. Головная боль была первым признаком заболевания у 13 (43%) больных. Средняя длительность цефалгического синдрома (ЦС) у больных с МГМ составила $(55,2 \pm 6,5)$ мес. На период Т1 18 (60%) больных указывали на наличие у них в анамнезе генерализованных эпилептических припадков (ЭП), у 8 (26%) имелись парциальные ЭП. Эпилептический припадок в числе первых признаков заболевания отмечали 11 (36%) человек. Изменения со стороны двигательной системы наблюдались у 21 больного и были представлены пирамидной недостаточностью

(у 13 (43%) больных) или легкими гемипарезами (у 9 (30%) человек). При оценке функции черепно-мозговых нервов (ЧМН) у 9 (30%) пациентов выявлялись признаки застоя дисков зрительных нервов. Убедительных признаков поражения других ЧМН обнаружено не было.

Средний УТ в группе больных оказался равным $(10,1 \pm 2,3)$ балла, средний УД $(9,0 \pm 2,2)$ балла.

Интегральный показатель КЖ (FACT-Br) до операции составил $(107,0 \pm 24,8)$ балла и был статистически значимо более низким, чем у здоровых лиц ($p < 0,00001$). Показатели всех шкал опросника КЖ у больных с МГМ также оказались ниже, чем в контрольной группе (таблица).

По данным корреляционного анализа, на интегральный показатель КЖ до оперативного удаления МГМ отрицательное воздействие оказывали такие факторы, как длительность течения опухолевого про-

цесса ($r = -0,52$), выраженность цефалгического синдрома ($r = -0,74$), наличие ЭП ($r = -0,64$), уровни тревоги и депрессии ($r = -0,77$; $r = -0,61$ соответственно) ($p < 0,05$), в то время как расстройства в двигательной сфере влияли преимущественно на показатель FWB, отражающий благополучие в повседневной жизни ($r = -0,40$; $p < 0,05$). Объем опухолевой ткани на качество жизни больных статистически значимого влияния не оказывал ($p > 0,05$).

При оценке состояния больных через 6 мес после операции средняя интенсивность головной боли статистически значимо снизилась по сравнению с исходной ($p < 0,05$), составив $(37,2 \pm 2,1)$ мм по ВАШ. Доля лиц, испытывавших тошноту (на момент Т1 – 72%, на момент Т2 – 7%), также статистически значимо уменьшилась через 6 мес после оперативного лечения, $p < 0,05$. Отмечалось статистически достоверное уменьшение доли больных с эпилептическими припадками (у 76 и 23% больных на моменты Т1 и Т2 соответственно, $p < 0,05$). Следует отметить, что у 9 (39%) пациентов после операции наблюдалось усугубление двигательных нарушений, что проявлялось в виде нарастания тяжести парезов и возникновения парезов у больных, исходно имевших признаки лишь пирамидной недостаточности. В целом выраженность двигательных расстройств после операции увеличилась у больных с МГМ (данные представлены в виде: медиана Me (25-й; 75-й перцентили)) с 1,0 (0,0; 2,0) до 1,8 (1,0; 3,0) балла ($p < 0,05$).

Средние показатели УТ и УД на период Т2 были равны соответственно $(6,9 \pm 2,4)$ и $(6,8 \pm 3,4)$ балла и оказались значимо ниже, чем перед операцией ($p < 0,05$).

Интегральный показатель КЖ у больных на момент Т2 составил $(120,6 \pm 17,7)$ балла и статистически значимо повысился по сравнению с показателем на период Т1 ($p < 0,05$), но остался тем не менее ниже, чем показатель КЖ у здоровых лиц ($p < 0,001$). Повышение КЖ больных после операции произошло преимущественно за счет значимого повышения показателей шкал EWB (эмоционального благополучия) и FWB (благополучия в повседневной жизни), $p < 0,05$.

Показатели опросника качества жизни FACT-Br больных с менингиомами головного мозга и здоровых лиц до оперативного лечения ($M \pm SD$)

Группа	PWB	SWB	EWB	FWB	Br CS	TOI	FACT-G	FACT-Br
МГМ								

(30 человек)	16,8 ± 5,7	16,2 ± 4,7	14,8 ± 4,1	13,9 ± 4,7	46,9 ± 9,49	77,6 ± 17,5	61,4 ± 15,5	108,9 ± 22,6
Здоровые лица (50 человек)	22,1 ± 4,3	21,4 ± 4,7	20,7 ± 2,4	21,2 ± 3,5	55,1 ± 6,3	97,7 ± 14,0	83,7 ± 13,4	141,5 ± 24,1
p	<0,00001	<0,00001	<0,00001	<0,00001	<0,00001	<0,00001	<0,00001	<0,0001

По данным корреляционного анализа, абсолютное значение интегрального показателя КЖ на момент Т2 оказалось отрицательно связанным с послеоперационными УТ и УД ($r = -0,51$; $r = -0,56$ соответственно), степенью выраженности двигательного дефицита в послеоперационном периоде ($r = -0,47$), наличием эпилептического синдрома ($r = -0,48$). На показатель PWB, отражающий физическое благополучие, оказывал воздействие такой интраоперационный фактор, как длительность операции ($r = -0,43$; $p < 0,05$).

Таким образом, результаты работы показали, что качество жизни больных с МГМ ниже, чем у здоровых людей, что представляется вполне закономерным, так как это тяжелое заболевание отрицательно влияет на все сферы жизнедеятельности человека, резко ухудшая его возможности справляться с требованиями повседневной жизни и исполнять свои привычные социальные роли. Больные имеют выраженную психологическую напряженность в связи с обеспокоенностью результатами лечения и возможностью развития неблагоприятных побочных эффектов, со страхом перед самой операцией.

Тот факт, что исходные предоперационные показатели КЖ существенно снижаются с увеличением длительности заболевания, можно объяснить прогрессирующим ухудшением состояния в связи с нарастанием общемозговой и очаговой неврологической симптоматики, с ограничением функциональных возможностей больных по мере прогрессирования патологии, а также с увеличением предшествующего опыта ее безуспешной терапии. По этой причине пациенты утрачивают надежду на преодоление болезни, что влечет за собой крушение жизненных планов, страх перед будущим.

Обнаруженная в работе отрицательная корреляционная зависимость КЖ больных с МГМ с наличием эпилептических приступов как до операции, так и через 6 мес после нее объясняется тем, что больные боятся новых припадков (особенно генерализованных), теряют уверенность в себе и начинают ограничивать свою социальную активность. Такой страх надолго сохраняется и после оперативного удаления опухоли головного мозга. Тот факт, что повышение качества жизни больных после операции статистически значи-

мо сопряжено с исчезновением эпилептических припадков, лишний раз свидетельствует о существенном негативном влиянии эпилептического синдрома на психологическое и социальное благополучие пациентов.

Сильное негативное влияние депрессивных и тревожных расстройств на все аспекты качества жизни больных с МГМ как до хирургического лечения, так и после него представляется вполне закономерным. Отрицательная связь тревоги и депрессии с самооценкой КЖ описана у больных с самой различной патологией; по сути, тревога и депрессия сами являются маркерами неудовлетворенности человека своими возможностями и своей жизнью. Известно также, что эмоциональные расстройства неблагоприятным образом воздействуют на жизненный тонус больных, готовящихся к операции [6, 8]. Депрессия оказывает негативное влияние не только на КЖ, но и на регресс симптомов и прогноз заболевания в целом [2]. После оперативного вмешательства депрессия препятствует адекватному восстановительному лечению больных, активизации их социальной и бытовой роли в жизни, тем самым нанося вред как самому пациенту, так и его родственникам [1, 7]. Следовательно, важно уделять достаточное внимание психокоррекционной работе с больными МГМ как до оперативного лечения, так и после него.

Вызывает интерес влияние двигательных нарушений на КЖ через 6 мес после операции, но более значительным представляется то обстоятельство, что, несмотря на большую выраженность двигательного дефицита к периоду Т2 по сравнению с моментом Т1, КЖ к периоду Т2 улучшается. Действительно, к моменту Т2 двигательные расстройства у больных усугубляются и начинают влиять на КЖ в связи с тем, что являются для больных вновь возникшими. Наряду с этим повседневная жизнь заставляет больных выполнять привычные бытовые акты, используя парализованную конечность, что влечет повышение психологической адаптации к появившемуся у них дефекту [4], тем самым не ухудшая КЖ в значительной мере.

Обнаруженное отрицательное влияние на КЖ больных на момент Т2 такого интраоперационного фактора,

как длительность оперативного вмешательства, можно объяснить тем, что с увеличением длительности операции повышается степень выраженности кислородного дефицита головного мозга, что в конечном итоге приводит к усугублению неврологических и общесоматических расстройств после операции и пагубному их влиянию на КЖ тех больных, у которых длительность оперативного вмешательства была более продолжительной (Ступак В.В., Калиновский А.В., 2007).

Выводы

Результаты работы позволяют сделать следующие выводы.

1. Качество жизни больных с менингиомами головного мозга как до оперативного удаления опухоли, так и после него снижено по сравнению со здоровыми людьми.

2. Негативное влияние на качество жизни оказывают прежде всего интенсивность цефалгического синдрома, наличие эпилептических припадков, повышенные уровни тревоги и депрессии.

3. Через полгода после оперативного удаления менингиомы головного мозга качество жизни повышается преимущественно в сферах семейных и социальных взаимоотношений.

Литература

1. Ковальчук В.В. Эпидемиология инсультов и научное обоснование организации медицинской помощи больным

- с данной патологией в крупном городе (на модели Санкт-Петербурга): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1998.
2. Концевой В.А., Медведев А.В., Яковлева О.Б. Депрессия и старение // Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б. Самулевича. М., 1997. С. 114–122.
3. Медяник И.А., Фраерман А.П. Злокачественные опухоли головного мозга: возможно ли существенное улучшение результатов лечения? // Сб. тр. «Актуальные проблемы нейрохирургии». Нижний Новгород, 2003. С. 78–82.
4. Новиков А.В., Щедрина М.А., Белова А.Н. Оценка качества жизни в процессе реабилитации больных с патологией кисти // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2002. № 1. С. 14–18.
5. Тиглиев Г.С., Олюшин В.Е., Кондратьев А.Н. Внутрисрепные менингиомы. СПб.: Изд-во РНХИ, 2001. 560 с.
6. Creer S., Watson M. Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance // Cancer. Sur. V. 1987. V. 6. № 3. P. 439–453.
7. Strum J.W., Donnan G.A., Dewey H.M. et al. Quality of life after stroke: The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NE – MENSIS). 2004. V. 35. № 10. P. 2340–2345.
8. Ustun T.B., Sartorius N. Mental illness in General Health Care: An International Study. Chichester: Wiley, 1995.

Поступила в редакцию 02.04.2009 г.

Для корреспонденции

Чудакова И.В., тел. (8312) 47-43-86, e-mail: vadim04092005@yandex.ru

Уважаемые читатели!

Предлагаем вам подписаться на наш журнал с любого номера

В 2009 году стоимость подписки на полугодие — 1000 рублей, на год — 2000 рублей.

Как оформить подписку на журнал «Бюллетень сибирской медицины»

На почте во всех отделениях связи

Подписной индекс **46319** в каталоге агентства Роспечати «Газеты и журналы 2009, 2-е полугодие».

В редакции

- Без почтовых наценок.
- С любого месяца.
- Со своего рабочего места.

По телефону (382-2) 51-57-08; факс (382-2) 51-53-15.

На сайте <http://bulletin.tomsk.ru>

Если вы являетесь автором публикаций или хотите приобрести наш журнал, он будет выслан вам наложенным платежом при заполнении заявки.

Заявку на приобретение журнала нужно выслать по адресу редакции:

634050, г. Томск, пр. Ленина, 107,

Научно-медицинская библиотека Сибирского государственного медицинского университета,

редакция журнала «Бюллетень сибирской медицины»,

тел. (8-3822) 51-57-08. E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru