

# Качество жизни и его оценка у онкогематологических больных

Г. С. Солдатова, М. И. Лосева\*, Т. И. Поспелова\*, Т. В. Новикова, Т. В. Ковалева, Н. Г. Ганюкова, О. Н. Саксонова\*

Новосибирский государственный университет,  
Центральная клиническая больница СО РАН,  
Новосибирская государственная медицинская академия\*

Изучалось качество жизни (КЖ) 127 больных гемобластозами (ГМБ) в период клинико-гематологической ремиссии и оценка его в динамике под влиянием реабилитационной терапии, у которых после программной химиолучевой терапии выявлена полиорганная патология, признаки эндотоксикоза, астенический и депрессивный синдромы. Средний возраст обследуемых  $36,9 \pm 14,6$  лет.. Оценка КЖ больных проводилась с использованием анкеты-опросника Европейской организации исследования и лечения рака (EORTC-QLQ-C30), содержащего 30 вопросов, 5 параметров и параметры общего КЖ. В динамике реабилитации отмечено постепенное улучшение показателей КЖ: физическое, эмоциональное, социальное, когнитивное функционирования и шкалы общего здоровья, а также по отдельным симптомам. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности реабилитационной терапии больных ГМБ, а анкета-опросник позволяет достоверно оценить показатели КЖ и выявить их динамику под влиянием реабилитационных терапии и может быть рекомендована к использованию в клинической практике.

**Ключевые слова:** качество жизни, гемобластоzy, лимфогранулематоз, острый лейкоз.

В настоящее время необычайно высок интерес изучения качества жизни (КЖ) у пациентов с различными заболеваниями. КЖ рассматривается как совокупность параметров, отражающих изменение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период развития заболевания и его лечения [1]. Некоторыми авторами КЖ определяется как динамическое состояние, функция, изменяющаяся во времени, поэтому и оцениваться оно должно на определенном протяжении как меняющийся параметр, зависящий от вида и течения заболевания, процесса лечения и системы оказания медицинской помощи [2].

Исследование КЖ является общепринятым в международной практике, высоко-

© Солдатова Г. С., Лосева М. И., Поспелова Т. И. и др., 2004

Статья поступила: 03.03.2004 г.

Статья написана при поддержке гранта Президиума СО РАН «Экологические проблемы городов»

коинформативным, чувствительным и экономичным методом, дающим интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека. Метод основан на субъективном восприятии пациентом событий, наступающих в результате заболевания и влияющего на его повседневную жизнедеятельность.

Этим методом широко пользуются для оценки состояния здоровья больных при различной патологии. Болезни сердечно-сосудистой системы были одними из первых групп заболеваний, которые подверглись серьезным исследованиям качества жизни [3, 4]. Известен ряд исследований в гастроэнтерологии [5], реаниматологии, эндокринологии [6], а также в онкологии [1, 2, 7—10] и гематологии [11, 12].

Несколько исследований по оценке КЖ как фактора прогноза выживаемости при химиотерапии по поводу рака молочной железы показали, что индекс ка-

чества жизни и шкала физического благополучия являются более точным индикатором прогноза, чем такой известный параметр как показатель объективного состояния больного. Пациенты с лучшими параметрами качества жизни жили дольше [7].

Ранее проводимые исследования изучения КЖ онкогематологических больных касались острого периода заболевания и оценивали большей частью переносимость лучевой и полихимиотерапии [13]. Однако исследований по изучению КЖ у онкогематологических больных в отдаленном периоде клинико-гематологической ремиссии (КГР) после многократных курсов цитостатической терапии в доступной литературе не обнаружено.

Целью исследования явилось изучение КЖ у больных гемобластозами в период клинико-гематологической ремиссии и оценка его в динамике под влиянием реабилитационной терапии.

## Материалы и методы

Проведено анкетирование 127 больных гемобластозами (ГМБ) в период клинико-гематологической ремиссии, у которых после программной химиолучевой терапии выявлена полиорганная патология, проявляющаяся не только локальной органной симптоматикой — поражением сердца, печени, желудочно-кишечного тракта, полирадикулонейропатией, признаками эндотоксикоза, но и астеническим и депрессивным синдромом. Для коррекции выявленных изменений больные получали блок базисной терапии и блок индивидуально подобранной терапии в зависимости от выявленной патологии (энтеросорбенты, антиоксиданты, адаптогены, витаминно-минеральные комплексы, противовоспалительные, кардиометаболические средства, гепатопротекторы, репаранты, средства, влияющие на кислотообразующую функцию желудка, замести-

тельную ферментную терапию, проводилась коррекция дисбиocenоза кишечника, эрадикация *Helicobacter pylori*). Все пациенты наблюдались психотерапевтом, при этом женщины с большим желанием и тщательно выполняли предписания врача по коррекции выявленных нарушений. Программа реабилитации предусматривала один раз в год госпитализацию для подробного обследования и определения программы лечебных мероприятий, реабилитационные курсы в амбулаторных условиях проводились 2—4 раза в год в зависимости от тяжести выявленных нарушений со стороны внутренних органов.

Оценка КЖ проводилась перед началом курса реабилитации, а эффективность реабилитационных мероприятий — после первого курса, через полгода, через год, два и более лет в зависимости от гематологического диагноза, пола и возраста пациентов.

Исследованы больные лимфогранулематозом (ЛГМ) — 73 человека (57,5 %), неходжкинскими лимфомами (НХЛ) — 41 (32,3 %) и острым лейкозом (ОЛ) — 13 человек (10,2 %), поскольку они являются наиболее распространенными из онкогематологических заболеваний, при которых применяются наиболее интенсивные цитостатические программы полихимиотерапии (ПХТ) и/или лучевой терапии (ТГТ). В группе больных с ЛГМ преобладали женщины (63 %), тогда как при НХЛ женщин было 53,7 %, а при ОЛ — 46,2 %. Средний возраст обследуемых составил  $36,9 \pm 14,6$  лет. В группе больных с ЛГМ —  $32,6 \pm 11,5$  лет; с НХЛ —  $46,5 \pm 14,5$  лет и с ОЛ —  $32,7 \pm 17,4$  года.

Среди больных с ЛГМ и ОЛ преобладали лица в возрасте до 49 лет (94,3 % и 76,9 % соответственно), тогда как в группе больных с НХЛ в возрасте старше 50 лет (53,7 %), что согласуется с данными литературы [14].

Оценка КЖ больных проводилась с использованием анкеты-опросника Ев-

ропейской организации исследования и лечения рака (EORTC-QLQ-C30), содержащего 30 вопросов. Данный опросник апробирован при широком спектре онкологических заболеваний во многих международных клинических исследованиях. Он прост для заполнения, удобен при обработке и интерпретации данных, высоко коррелирует с данными других инструментальных исследований [10, 11, 15].

Современная версия EORTC-QLQ-C30 состоит из основных шкал:

— пять функциональных шкал, отражающих физический (PF), ролевой (RF), познавательный (когнитивный) (CF), эмоциональный (EF) и социальный (SF) статус;

— три симптоматических шкалы, включающих утомляемость (FA), боль (PA), тошноту и рвоту (NV);

— шкала общего состояния здоровья и уровня качества жизни (QL2).

Также для оценки включены дополнительные симптомы: одышка (DY), нарушение сна (SL), снижение аппетита (AP), запор (CO), понос (DI), а также денежные затруднения (FI), которые вызвало само заболевание и его лечение.

Для простоты интерпретации данных все они были линейно трансформированы в шкалу, включающую от 0 до 100 единиц ( $S_y$ ) следующим образом (максимально возможное количество баллов в шкале принято за 100, в каждом отдельном случае общий балл высчитывался от максимально возможного):

$$S_y = \frac{(S_x - S_{\min})}{S_{\max} - S_{\min}} \times 100,$$

где  $S_y$  — количество баллов по шкале,  $S_{\min}$  — минимально возможное количество баллов по данной шкале,  $S_{\max}$  — максимально возможное количество баллов,  $S_x$  — полученное количество баллов по шкале анкеты.

Таким образом, для пяти функциональных шкал и для шкалы уровня качества жизни более высокие показатели соответствуют более высокому уровню

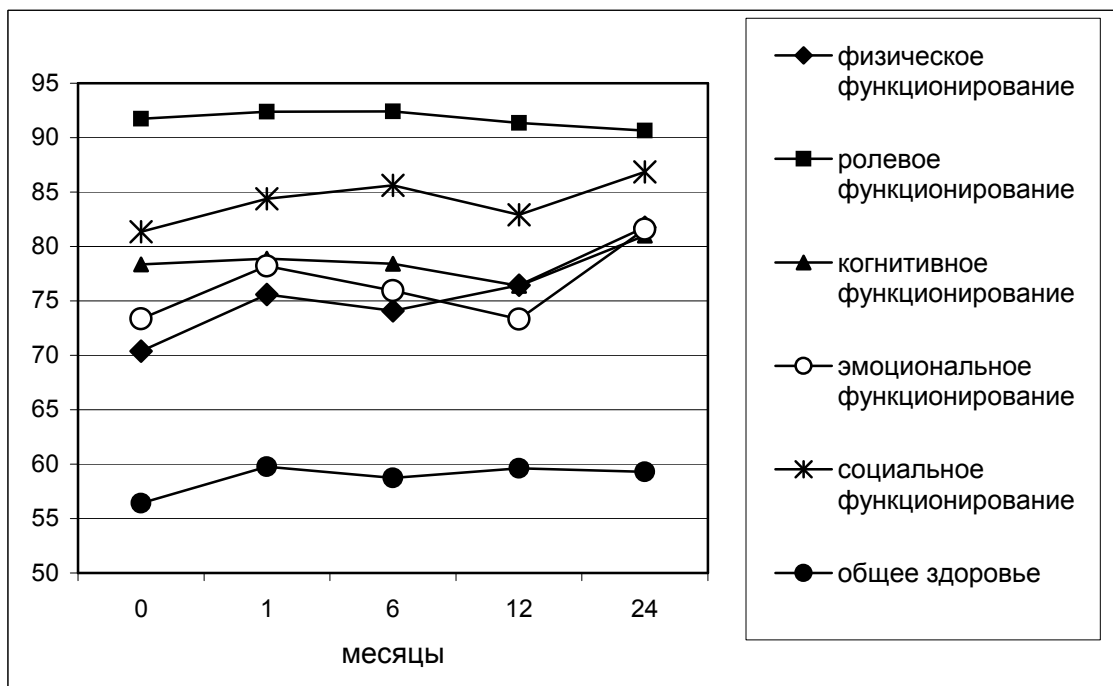
функциональной активности и КЖ, а для симптоматических шкал более высокая оценка соответствует большей выраженности симптома. Полученные показатели шкал КЖ были статистически обработаны методом Wilson-Mann-Whitney.

Среднее время, необходимое для заполнения анкеты составило около 10 минут. Важно отметить, что способ заполнения анкеты (заполняет сам больной или его опрашивают) не влияет на представление результатов, к такому же мнению пришли и другие исследователи [12]. Благодаря краткому объяснению цели, содержания и структуры анкеты большинство больных смогли заполнить анкету самостоятельно. Приблизительно 7 % пациентов при первичном анкетировании сообщили, что один или больше пунктов анкеты были затруднительны для ответа. Но большинство больных приветствовали возможность сообщить о своем состоянии здоровья и о своем заболевании. Анкетирование больных на госпитальном и амбулаторно-поликлиническом этапах в течение двух лет подтвердило клиническую эффективность реабилитационных программ.

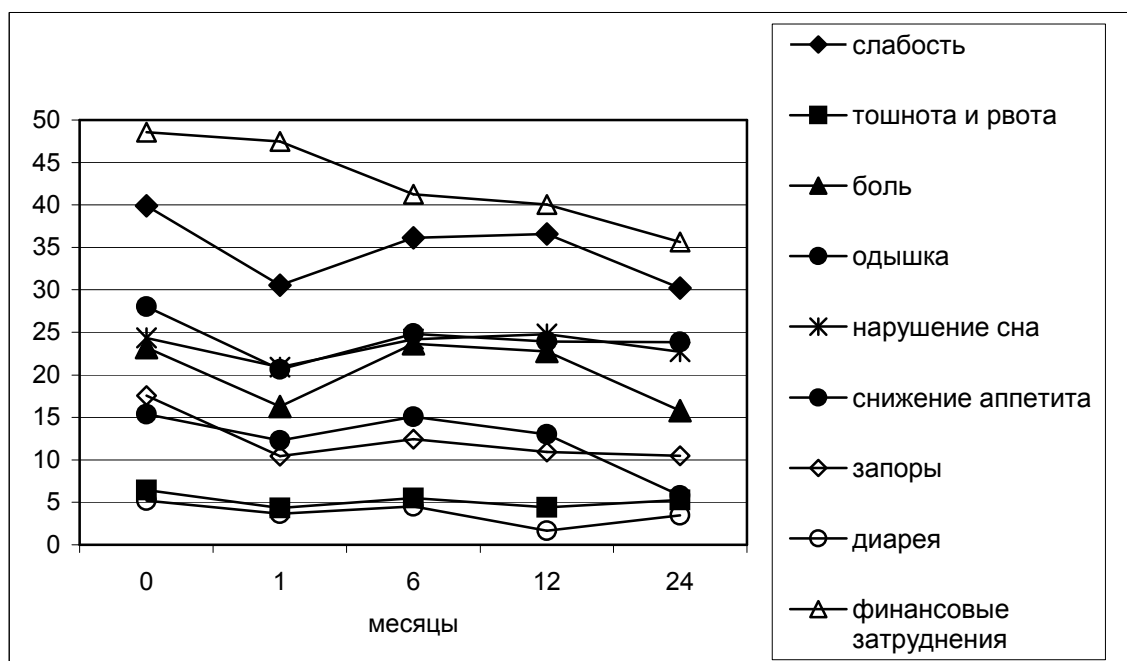
## Результаты исследования и обсуждение

Полученные результаты представлены на рисунках 1 и 2 и свидетельствуют об улучшении показателей качества жизни уже после первого курса реабилитации: появляется тенденция ( $p < 0,1$ ) к улучшению физического функционирования, уменьшается выраженность запоров, происходит достоверное снижение слабости, болевых ощущений, одышки ( $p < 0,01$ ) во всех группах больных.

В дальнейшем, через полгода происходит достоверное улучшение социального функционирования ( $p < 0,05$ ), несколько ухудшаются показатели при оценке слабости по отношению к первому курсу реабилитации, но тенденция к ее снижению сохраняется ( $p < 0,1$ ).



**Рис. 1.** Показатели качества жизни у больных гемобластозами в динамике реабилитации для функциональных шкал (EORT QLQ C-30)



**Рис. 2.** Показатели качества жизни у больных гемобластозами в динамике реабилитации для отдельных симптомов (EORTC QLQ C-30)

Возвращается к исходным значениям уровень оценки боли, одышки, уменьшаются, но не достоверно, запоры с  $17,6 \pm 2,6$  до  $12,4 \pm 2,4$  единиц, финансовые затруднения — с  $48,6 \pm 3,2$  до  $41,3 \pm 4,0$  единиц ( $p < 0,1$ ).

Через год реабилитации продолжало улучшаться физическое функционирование,

уменьшалась одышка, диарея, финансовые затруднения по отношению к началу реабилитации ( $p < 0,1$ ). Происходило статистически значимое улучшение показателя функционирования кишечника (шкала запоры составила  $77,6 \pm 2,6$  единиц до начала реабилитации и  $10,9 \pm 2,6$  единиц через год реабилита-

ции,  $p < 0,01$ ), что совпадало с результатами морфофункционального исследования. Остальные показатели КЖ уменьшались недостоверно.

Через 2 года реабилитации происходило значительное улучшение показателей по шкалам физического, когнитивного функционирования, уменьшение слабости, нормализация аппетита, уменьшение запоров ( $p < 0,01$ ). Улучшался достоверно показатель социального функционирования ( $81,4 \pm 2,02$  до  $86,8 \pm 2,2$  единиц,  $p < 0,05$ ), уменьшались болевые ощущения (с  $23,2 \pm 2,2$  до  $15,8 \pm 2,7$  единиц,  $p < 0,05$ ), сохранялась тенденция к уменьшению показателей по шкалам тошнота и рвота (с  $6,4 \pm 1,1$  до  $5,3 \pm 1,96$  единиц,  $p < 0,1$ ), одышка (с  $28 \pm 2,4$  до  $23,9 \pm 3,2$  единиц,  $p < 0,1$ ), нарушение сна (с  $24,4 \pm 2,6$  до  $22,75 \pm 3,6$  единиц,  $p < 0,1$ ), уменьшались финансовые затруднения (с  $48,6 \pm 3,2$  до  $35,7 \pm 4,3$  единиц), что мы связываем с улучшением общего здоровья, меньшей потребностью в приобретении лекарственных средств, обеспечением восстановительного лечения за счет реабилитационного отделения.

Таким образом, требуются достаточно продолжительные, целенаправленные, индивидуально проводимые повторные курсы реабилитационной программы, позволяющие улучшать показатели качества жизни пациентов после интенсивной цитостатической терапии.

Проведено сравнение динамики средних значений шкалы качества жизни в зависимости от гематологического заболевания. При этом установлено, что пациенты с НХЛ и ОЛ до начала реабилитации имели более низкие показатели практически по всем шкалам качества жизни, чем больные с ЛГМ: физическое, ролевое, когнитивное, социальное функционирование, общее здоровье. Более выражены были отдельные симптомы — слабость, тошнота, боль, запоры, диарея, финансовые затруднения. Только эмоциональное функционирование у боль-

ных с ЛГМ имело более низкие значения, чем у больных с НХЛ и ОЛ. Следует отметить, что все различия между группами были статистически не достоверны до начала исследования. В динамике наблюдения улучшение показателей качества жизни во всех группах больных происходило только к двум годам реабилитации.

Проведена оценка КЖ и его изменение под влиянием реабилитации в зависимости от пола. Выявлено более выраженное улучшение КЖ у женщин, чем у мужчин в динамике наблюдения и лечения. У мужчин произошло улучшение эмоционального функционирования после первого курса реабилитации (с  $73,01 \pm 2,7$  до  $83,33 \pm 2,3$  единиц,  $p < 0,01$ ), уменьшение слабости (с  $34,78 \pm 1,3$  до  $24,69 \pm 2,3$  единиц,  $p < 0,01$ ). Все другие показатели имели лишь тенденцию к улучшению. У женщин отмечено значительное улучшение физического функционирования уже после первого курса реабилитации и в последующем имелось постоянное увеличение этой шкалы качества жизни, достигшее максимальных значений через 2 года реабилитации (с  $53,61 \pm 4,2$  до  $82,14 \pm 5,3$  единиц,  $p < 0,05$ ). Показатель эмоционального функционирования также возрастал постепенно (с  $68,58 \pm 3,03$  до  $81,85 \pm 2,9$  единиц,  $p < 0,05$ ), улучшилось общее здоровье (с  $54,1 \pm 2,8$  до  $59,52 \pm 3,4$  единиц,  $p < 0,01$ ), значительно уменьшалась слабость от одной до другой точки наблюдения, и к двум годам этот показатель достиг наименьших значений (с  $45,72 \pm 3,1$  до  $26,19 \pm 4,1$  единиц,  $p < 0,05$ ). Такая же динамика прослежена для следующих клинических признаков: тошнота — с  $9,29 \pm 1,5$  до  $3,57 \pm 1,4$  единиц,  $p < 0,01$ ), боль — с  $29,51 \pm 1,5$  до  $17,26 \pm 3,3$  единиц,  $p < 0,01$ , улучшение аппетита — с  $16,94 \pm 3,01$  до  $4,76 \pm 2,8$  единиц,  $p < 0,05$ ), значительно уменьшились запоры (с  $26,78 \pm 3,9$  до  $16,67 \pm 3,04$  единиц,  $p < 0,01$ ) и, как отмечали больные, к 2-м годам четко уменьшались финансовые затруд-

нения (с  $48,09 \pm 5,2$  до  $33,95 \pm 5,5$  единиц,  $p < 0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют, что женщины достигают лучших результатов в восстановлении здоровья, несмотря на то, что в начале реабилитации уровень эмоционального функционирования у мужчин был выше, чем у женщин ( $73,01 \pm 2,7$  и  $68,58 \pm 3,03$  соответственно). Лучшие показатели у женщин обусловлены, вероятно, более тщательным выполнением предписания врача по реализации программ реабилитации.

Проведен анализ показателей КЖ по функциональным шкалам и отдельным симптомам в зависимости от возраста. Все больные были разделены на 3 группы: 1 группа — пациенты до 25 лет (45 чел.), 2 группа — лица 26—45 лет (49 чел.), 3 группа — более 45 лет (33 чел.); всего 127 больных.

Больные в возрасте до 25 лет на начало реабилитации имели более высокие показатели по функциональным шкалам, шкале общего здоровья и более низкую оценку симптоматических шкал, что соответствовало меньшей выраженности симптомов. В динамике реабилитации произошло улучшение показателей КЖ более значимое у пациентов в возрасте до 25 лет, вероятно не только за счет исходно более высоких показателей, но и за счет резервных возможностей молодого организма. Через 2 года произошло повышение показателя физического (с  $80,0 \pm 2,5$  до  $96,47 \pm 3,2$  единиц,  $p < 0,05$ ), эмоционального функционирования (с  $73,9 \pm 2,5$  до  $88,24 \pm 2,1$  единиц,  $p < 0,01$ ), уменьшение слабости (с  $32,75 \pm 1,2$  до  $18,3 \pm 2,7$  единиц,  $p < 0,01$ ), исчезновение тошноты (с  $5,26 \pm 2,48$  до  $0,0 \pm 0,0$  единиц), значительное уменьшение одышки (с  $20,18 \pm 3,48$  до  $7,84 \pm 3,5$  единиц,  $p < 0,01$ ), уменьшение финансовых затруднений (с  $36,84 \pm 2,9$  до  $15,69 \pm 4,05$  единиц,  $p < 0,01$ ), так как многие из пациентов смогли возвратиться к труду или сменить профессию, заниматься индивидуальной трудовой деятельностью. Достоверность всех

этих показателей была значимой и составила  $p < 0,01$ .

У пациентов в возрасте 25—45 лет изменения показателей КЖ оказались менее значимыми. Достоверно улучшился только аппетит через 2 года реабилитации (с  $20,16 \pm 4,7$  до  $8,33 \pm 2,85$  единиц,  $p < 0,01$ ), все остальные показатели имели лишь тенденцию к улучшению ( $p < 0,01$ ).

Получен достоверно положительный эффект по 8 из 15 шкал КЖ у больных в возрасте после 45 лет, что можно объяснить большей восприимчивостью к лечению (complaints) у этой группы больных. Полученные показатели у больных этой группы остаются несколько ниже, чем в возрасте до 25 лет через 2 года реабилитации. Показатели КЖ у пациентов в возрасте старше 45 лет достоверно улучшились, преимущественно к двум годам проведения реабилитации. Так, улучшился показатель физического функционирования (с  $59,23 \pm 4,1$  до  $78,33 \pm 4,3$  единиц,  $p < 0,05$ ), общего здоровья (с  $41,99 \pm 3,2$  до  $54,86 \pm 4,3$  единиц,  $p < 0,01$ ), значительно уменьшилась слабость (с  $54,7 \pm 3,95$  до  $36,11 \pm 4,3$  единиц,  $p < 0,05$ ), исчезла тошнота (с  $9,62 \pm 2,7$  до  $0,0 \pm 0,0$  единиц,  $p < 0,05$ ), уменьшилась боль (с  $43,59 \pm 3,95$  до  $22,22 \pm 5,4$  единиц,  $p < 0,01$ ), стабилизировался сон (с  $33,33 \pm 4,4$  до  $13,89 \pm 6,6$  единиц,  $p < 0,01$ ), произошла нормализация работы кишечника: уменьшились запоры (с  $34,62 \pm 4,7$  до  $13,89 \pm 9,08$  единиц,  $p < 0,05$ ), исчезла диарея (с  $14,1 \pm 2,3$  до  $0,0 \pm 0,0$  единиц,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, проведенная программная реабилитация больных с различными онкогематологическими заболеваниями в период клинко-гематологической ремиссии привела к улучшению показателей функциональных шкал и отдельных симптомов, преимущественно к двум годам реабилитации, что особенно значимо оказалось у больных ЛГМ. Эффективно завершена цитоста-

тическая терапия на этапе индукции ремиссии, реабилитационная терапия у пациентов в молодом возрасте в период КГР, приводит к более значимому улучшению показателей КЖ как функциональных шкал, так и отдельных симптомов. У пациентов же старшей возрастной группы необходимо более длительное проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий, повторных курсов комплексной терапии при условии более частого контроля (1 раз в 2 месяца) за клиническим и функциональным состоянием, усложнение реабилитационной программы в зависимости от выявленных заболеваний.

Комплексная программная реабилитация в периоде КГР, проведенная в течение 2-х лет, показала ее высокую клиническую эффективность. Реабилитация сопровождалась улучшением КЖ больных. В ранний реабилитационный период наблюдалось улучшение физического функционирования и снижение симптомов — уменьшение слабости, болей, одышки, запоров. К концу реабилитации происходило также достоверное улучшение физического состояния больных, снижалась выраженность симптомов поражения желудочно-кишечного тракта — улучшение аппетита, происходила нормализация функции кишечника.

Часть функциональных оценок и симптомов дали возможность ясно выявить различия среди пациентов. Больные НХЛ и ОЛ имели худший уровень КЖ по сравнению с больными ЛГМ на начало реабилитации. Отмечена тенденция к улучшению показателей качества жизни у всех больных, но более значимое при ЛГМ, чем у больных ОЛ и НХЛ, в связи с более молодым возрастом больных ЛГМ по сравнению с больными НХЛ и менее тяжелым течением заболевания, чем при ОЛ, причем улучшение КЖ происходит только к двум годам реабилитации. Имеется тенденция к более выраженному улучшению показателей качества жизни у женщин, чем у муж-

чин. Показатели качества жизни у больных в возрасте до 25 лет имеют лучшие значения в процессе реабилитации.

Показатели КЖ четко коррелировали с уровнем эндотоксикоза, функциональным состоянием различных органов и систем. Таким образом, метод определения КЖ с помощью анкеты-опросника EORTC-QLQ-C30 можно считать надежным и информативным для оценки состояния онкогематологического больного в период клинико-гематологической ремиссии.

Исследование КЖ является актуальной в оценке состояния онкогематологических больных не только на этапе индукции-консолидации ремиссии, но и на этапе стойкой клинико-гематологической ремиссии, а сама анкета-опросник EORTC-QLQ-C30 позволяет достоверно оценить показатели КЖ и выявить их динамику под влиянием реабилитационной терапии.

Нашими исследованиями показано, что оценка КЖ является эффективным инструментом определения состояния больных и прогноза течения заболевания, в том числе на фоне восстановительной терапии. При этом реабилитационные мероприятия больным гемобластозами должны проводиться как можно раньше после лучевой и полихимиотерапии, в то же время необходимы комплексные программы восстановительной терапии, направленные на коррекцию полиорганных нарушений, что приводит к улучшению КЖ и в дальнейшем определяет течение и прогноз основного заболевания. К проведению реабилитационных мероприятий следует подходить индивидуально, дифференцированно, с учетом выраженности полиорганных нарушений, возраста, пола и гематологического диагноза.

## **Выводы**

1. Оценка КЖ онкогематологических больных является интегральной характеристикой физического, психического, соци-

ального и духовного состояния, позволяющая оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

2. Оценка КЖ, сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния.

3. Данные о КЖ позволяют осуществить постоянный мониторинг состояния больного в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

4. Анкету-опросник EORTC-QLQ-C30 можно рекомендовать к использованию в клинической практике для оценки состояния больных гемобластозами в период клинико-гематологической ремиссии.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Katz S. The science of quality of life // *J. chron. dis.* 1987. Vol. 40. P. 459—463.
2. Горбунова В. А., Бредер В. В. Качество жизни онкологических больных // IV Российская онкологическая конференция. М., 2000.
3. Wenger N. K., Mattson M. E., Furberg C. D., Elison J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies // *Amer. J. Cardiol.* 1984. Vol. 54. P. 908—913.
4. Либис Р. А., Коц Я. И., Агеев Ф. Т., Мареев В. Ю. Качество жизни, как критерий успешной терапии больных хронической сердечной недостаточностью // *Русский медицинский журнал.* 1999. Т. 7, № 2. С. 15—21.
5. Алексеенко С. А., Крапивная О. В., Благовидова О. Б. Динамика показателей качества жизни и клинической симптоматики у пациентов с синдромом раздраженной кишки и депрессией на фоне 4-х не-

дельной терапии антидепрессантом тианептином (коаксиллом) // *Материалы конференции Proceedings.* СПб., 2002. С. 104—106.

6. Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине // *Элби.* СПб., 1999.
7. Coates A., Gebiski V., Signorini D. et al. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer // *J. Clin. Oncol.* 1992. № 10. P. 1833—1838.
8. Osoba D. Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology. // *Supp. Care of Cancer.* 1997. № 5. P. 100—104.
9. Osoba D., Zee B., Pater J. et al. Determinants of post-chemotherapy nausea and vomiting in patients with cancer // *J. Clin. Oncol.* 1997. Vol. 15. P. 116—123.
10. Ионова Т. И., Новик А. А., Сухонос Ю. А. Качество жизни онкологических больных // *Вопр. онкологии.* 1998. Т. 44, № 6. С. 749—752.
11. Sprangers M. A. G., Cull A., Bjordal K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assessment guidelines for developing questionnaire modules // *Quality of Life Research.* 1993. Vol. 2. P. 287—295.
12. Aaronson N. K., Ahmedzai S., Bergman B. et al. 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. Vol. 85, № 5. P. 365—375.
13. Curbow B., Bowie J. V., Martin A. C., et al. Quality of life in cancer chemotherapy randomized trials // *Quality of Life Res.* 1997. Vol. 6. P. 684.
14. Новик А. А. Клинические особенности поражения внутренних органов и их влияние на выживаемость у больных неходжкинскими лимфомами: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. СПб., 1996.
15. Aaronson N. K., Cull A., Kaasa S., Sprangers M. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Modular Approach to Quality of Life Assessment in Oncology // *Int. J. Ment. Health.* 1994. № 23. P. 75—96.

G. S. Soldatova, M. I. Loseva, T. I. Pospelova, T. V. Novikova, T. V. Kovaleva, N. G. Ganiukova, O. N. Saxonova

#### Estimation of quality of life in patients with hemoblastosis during clinical and hematological remissions

We investigated quality of life in 127 patients with hemoblastosis during clinical and hematological remissions, and efficiency of rehabilitation programs, included enterosorbents, antioxidants, adaptogens, vitamin-mineral complexes, phytotherapy, and immunocorrectors. All patients have a polyorganic pathology, signs of endotoxycosis, astenic and depressive conditions after polychemic therapy and radiotherapy. The mean age was  $36.7 \pm 14.2$  years, mean duration of remission  $34.8 \pm 5.5$  months. For quality of life assessment, the questionnaire of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-QLQ-C30) was used before the start of rehabilitation and in 1, 6, 12 and 24 months of follow-up.

**Key words:** quality of life, hemoblastosis, lymphogranulematosis, leukemia.