

Заключение

Выполнение повторной сатурационной трансректальной биопсии ПЖ позволило диагностировать РПЖ у 14,6% пациентов, перенесших ранее не менее 2 биопсий. При наличии в анамнезе 2 негативных биопсий и более и сохраняющемся риске выявления РПЖ при третьей биопсии в обязательном порядке следует проводить забор материала из транзитной зоны железы. В случае исключения данной области ПЖ из схемы пункционной биопсии выявляемость РПЖ в нашем исследовании при сатурационной биопсии снизилась бы на 13,8%. Следовательно, ценность пункции данной области ПЖ возрастает с увеличением порядкового номера биопсии и при сохраняющемся риске обнаружения злокачественной опухоли.

Установлено, что улучшение выявляемости рака при выполнении повторной сатурационной биопсии ПЖ происходит в основном за счет локализованных форм заболевания (93,3%). По результатам РПП 83,4% опухолей оказались клинически значимыми, что позволяет рекомендовать проведение повторной сатурационной биопсии отдельным категориям пациентов высокого риска наличия РПЖ. Проведя сравнительный анализ патоморфологического заключения по результатам сатурационной биопсии и простатэктомии, можно сделать вывод, что сатурационная биопсия с большей долей вероятности позволяет прогнозировать патологическую стадию РПЖ, степень дифференцировки опухоли по системе градации Глисона и ее локализацию.

Литература

1. Borboroglu P.G., Comer S.W., Riffenburgh R.H. et al. Extensive repeat transrectal ultrasound guided prostate biopsy in patients with previous benign sextant biopsies. J Urol 2000;163(1):158–62.
2. Fleshner N., Klotz L. Role of «saturation biopsy» in the detection of prostate cancer among difficult diagnostic cases. Urology 2002;60:93–7.
3. Patel A.R., Jones J.S., Rabets J. et al. Parasagittal biopsies add minimal information in repeat saturation prostate biopsy. Urology 2004;63:87–9.
4. Rabets J.C., Jones J.S., Patel A. et al. Prostate cancer detection with office based saturation biopsy in a repeat biopsy population. J Urol 2004;172:94–7.
5. Stewart C.S., Leibovich B.C., Weaver A.L. et al. Prostate cancer diagnosis using a saturation needle biopsy technique after previous negative sextant biopsies. J Urol 2001;66(1):86–92.
6. Walz J., Graefen M., Chun F. et al. High incidence of prostate cancer detected by saturation biopsy after previous negative biopsy series. Eur Urol 2006;50(3):498–505.

Апробация «Универсального опросника качества жизни больных раком предстательной железы»

С.А. Ракул, С.Б. Петров, М.Д. Иванова, Н.Н. Петрова

Кафедра урологии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург;
кафедра психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета

APPRAISAL OF A UNIVERSAL QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE FOR PATIENTS WITH PROSTATE CANCER

S.A. Rakul, S.B. Petrov, M.D. Ivanova, N.N. Petrova

Department of Urology, Military Medical Academy, Saint Petersburg; Department of Psychiatry and Narcology, Saint Petersburg State University

Background. The main goal of treatment in patients with prostate cancer (PC) is not only to achieve the maximum survival, but also to assure the high quality of life (QL). By taking into account the fact there are no specialized Russian adapted questionnaires to assess QL in PC, the authors have developed a test system to evaluate the specific changes in the QL of patients, which occurred before and during treatment of this disease.

Materials and methods. The «universal quality of life questionnaire for patients with prostate cancer» comprises 4 scales (sections): «Urination», «Intestinal function», «Sexual function», «Hormonal function». Each section includes subscales (subsections) which concretize the degree of dysfunction of the above systems and ascertain how these changes influence patients' social life. Unified variants of answers that provide a rather objective assessment of the degree of dysfunction of the above systems of an organism are given to all questions.

The authors examined 235 patients treated for PC at the Clinic of Urology, Military Medical Academy, of them 182 males had underwent radical retropubic prostatectomy (RRP) and 60 had received maximum androgenic blockade (surgical or medical).

The validity of the questionnaire was assessed, by evaluating resistance and internal consistency.

Results. After various medical measures, QL in patients with PC became worse due to impaired urination, and sexual and hormonal dysfunctions. After RRP, the major impairments were urinary incontinence lowering their social disadjustment, as well as related troubles. The men who have undergone antiandrogenic deprivation suffer mainly from dysuria.

The Pearson's correlation coefficient was 0.7, which signifies its high reliability. To estimate validity, the authors calculated the Cronbach coefficient that was >0.8, which is indicative of the high validity of the test.

Conclusion. The questionnaire presented by the authors is a reliable tool in assessing the QL in patients with PC and may be recommended for its wide use by oncurological specialists in clinical practice and researches in the out- and inpatient settings.

Key words: prostate cancer, quality of life, universal questionnaire

Введение

Рак предстательной железы (РПЖ) — одно из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого возраста [1—3]. Главной целью лечебных мероприятий при РПЖ является обеспечение максимальной длительности жизни пациентов и достаточно высокого ее качества. Термин «качество жизни» (КЖ) используется в медицине более 20 лет и, по мнению многих исследователей, определяется как самооценка общего благополучия человека, в том числе восприятие собственного здоровья, эмоционального состояния и их влияние на профессиональную, социальную и другие виды жизнедеятельности [4—7]. В настоящее время в мировой практике КЖ считается высокоинформативным показателем состояния здоровья различных социальных групп и используется как для оценки, так и для совершенствования эффективности медицинской помощи больным [4, 8].

Сегодня разработан и применяется в различных областях медицины ряд стандартных тест-систем оценки КЖ [9]. Наиболее распространенными из них являются опросники, которые позволяют оценивать общие компоненты здоровья: SF-36 (RAND Medical Outcomes Study 36-item Health Survey), Шкала качества благополучия (Quality of well-being scale, QWB), Профиль воздействия болезни (Sickness impact profile, SIP) и др. [10—13]. В онкологической практике применяются Опросник качества жизни Европейской организации по исследованию и лечению рака (EORTC QLQ-C30), Опросник функционального исследования терапии рака (FACT-G), Опросник оценки реабилитации больных раком (CARES) и др. [13—15]. Они позволяют определить не только физическое, но и эмоциональное, а также социальное функционирование больных. Однако приведенные в них методики не учитывают влияния локализации патологического процесса на организм, не отражают характерных для данного заболевания изменений состояния здоровья. Наряду с вышеприведенными, разработаны также опросники, которые позволяют оценивать КЖ пациентов, страдающих новообразованиями мочеполовых органов. При РПЖ рекомендуется применение Лос-Анджелесского опросника (UCLA PCI), специального раздела Опросника качества жизни Европейской организации по исследованию и лечению больных РПЖ (EORTC QLQ-PR25), Расширенного комбинированного опросника исследования КЖ при РПЖ (EPIC) и др. [16—18]. Эти тест-системы дают возможность оценивать специфические изменения после оперативного, лучевого, медикаментозного лечения пациентов, страдающих РПЖ. Однако они не определяют степень влияния болезни и методов ее лечения на эмоциональную

составляющую здоровья, а также на профессиональную и социальную деятельность больного. К этому следует добавить, что все перечисленные опросники имеют иностранное происхождение и подавляющее большинство из них не адаптированы к применению в России (не учитывают особенностей менталитета обследуемых) и поэтому редко используются в клинической практике. В связи с этим имеется необходимость создания отечественных тест-систем, соответствующих упомянутым требованиям.

Материалы и методы

Для оценки характерных изменений (осложнений) при различных видах лечебных мероприятий у больных РПЖ нами разработана оригинальная анкета «Универсальный опросник качества жизни больных раком предстательной железы» (см. Приложение). Она состоит из 4 шкал (разделов): «Функция мочеиспускания», «Функция кишечника», «Половая функция», «Гормональная функция». Каждый раздел включает подшкалы (подразделы), позволяющие конкретизировать степень нарушения функции указанных систем, оценку беспокойств, вызванных этими нарушениями, а также определять, насколько эти изменения влияют на социальную жизнь больных. На все вопросы предложены унифицированные варианты ответов, с помощью которых можно достаточно объективно оценить степень нарушения функции указанных систем организма.

Благодаря предложенной нами методике обследованы 235 пациентов, которым в клинике урологии Военно-медицинской академии проводилось лечение по поводу РПЖ, из них 182 мужчинам выполнена позадилольная радикальная простатэктомия (ППЭ) и 60 — максимальная андрогенная блокада — МАБ (хирургическая или медикаментозная). Пациенты заполняли анкеты самостоятельно при визите к врачу. Данные сравнивали с результатами, полученными при анкетировании 150 мужчин аналогичного возраста без онкоурологических заболеваний (контрольная группа). Демографические и клинические данные обследованных приведены в табл. 1.

После заполнения исследуемыми опросника оригинальным способом осуществляли перекодировку данных (шкалирование) в баллы КЖ. Ее суть состоит в том, что полученные варианты ответов трансформировали в 100-балльную шкалу, баллы в пределах подразделов суммировали и определяли среднее значение. Более высокие показатели соответствуют более высокой степени нарушения качества жизни. Различия показателей в наблюдавшихся группах считали достоверными, если значение p по t -критерию было $<0,05$.

Нами проведена оценка количественных характеристик методики, в ходе которой изучалась ее надежность. Надежностью называется один из критериев качества теста, его устойчивость по отношению к погрешностям измерения. Различают 2 вида надежности - надежность как устойчивость и надежность как внутреннюю согласованность. Устойчивость результатов теста — это возможность получения одинаковых результатов у испытуемых в различных случаях. Устойчивость определяется с помощью повторного тестирования (ретеста). Внутренняя согласованность зависит от связи каждого конкретного элемента с общим результатом, насколько каждый отдельный вопрос измеряет признак, на который направлен весь тест. Для оценки надежности опросника проводили повторный опрос пациентов с интервалом 2—4 нед, а затем исследовали коэффициент корреляции Пирсона [19]. Тест считается надежным, если коэффициент корреляции составляет не менее 0,70. Для оценки внутренней согласованности опросника использовали коэффициент Кронбаха (оценка разброса каждого вопроса с общим разбросом всей шкалы).

Анализ результатов исследования и их иллюстрацию выполняли с помощью стандартного пакета программ Statistica 6.0 и пакета SPSS 12.0 (США).

Результаты исследования

В табл. 2 приведены результаты исследования качества жизни мужчин, которым выполнена ПРПЭ по поводу РПЖ. Из представленных материалов следует, что в группе пациентов, которым была выполнена ПРПЭ, достоверно большее число баллов — в шкалах «Функция мочеиспускания», «Половая функция», «Гормональная функция» по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о нарушении функции мочеиспускания, половой и гормональной функций.

Более глубокий анализ нарушений функции мочеиспускания и их влияния на жизнедеятельность

обследованных пациентов показал, что у оперированных по поводу РПЖ выявлено большее количество баллов в подшкалах «Нарушение функции», «Беспокойства», «Недержание мочи» и «Нарушение жизнедеятельности» ($p \leq 0,05$). Показатели «Ирритативные/обструктивные расстройства» в обеих группах практически не различались ($p > 0,05$).

Как показано выше, абсолютное число баллов шкалы «Функция кишечника» у оперированных и здоровых пациентов не имело достоверных различий. Такие же результаты зарегистрированы и во всех подшкалах этой шкалы («Нарушение функции», «Беспокойства» и «Нарушение жизнедеятельности»).

Представленные в шкале «Половая функция» различные показатели в упомянутых группах обследованных нашли полное подтверждение в ее подшкалах (абсолютное количество баллов у оперированных достоверно больше в подшкалах «Нарушение функции» и «Беспокойства» по сравнению со здоровыми).

Аналогичный характер изменений обнаружен и в подшкалах раздела «Гормональная функция». Гормональные нарушения выявлены в группе мужчин, перенесших ПРПЭ по поводу РПЖ, на что указывает достоверное различие показателей в подшкалах «Нарушение функции» и «Беспокойства» по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что у пациентов после ПРПЭ по поводу РПЖ имеются нарушения функции мочеиспускания, значительное — половой функции и менее значимое нарушение гормональной функции. Нарушения функции мочеиспускания обусловлены в основном недержанием мочи, что вызывает беспокойства, оказывает влияние на социальную жизнедеятельность больных и существенно снижает их КЖ. Большое число нарушений половой функции обусловлено эректильной дисфункцией. Однако беспокойства, вызванные этим

послеоперационным осложнением, менее выражены по сравнению с контрольной группой и не оказывают сильного влияния на общее КЖ. Нарушения гормональной функции имеют место в послеоперационном периоде, но они также не выражены и не оказывают влияния на жизнедеятельность и КЖ оперированных пациентов. Нарушения функции кишечника после ПРПЭ минимальны и не вызывают беспокойств и снижения общего благополучия больных РПЖ.

Таблица 1. Демографические и клинические данные мужчин, включенных в исследование

Показатель	Больные РПЖ ПРПЭ	МАБ	Контрольная группа
Число больных	182	60	150
Возраст, годы	64,69±6,4	71,49±6,75	65,4±6,94
Клиническая стадия заболевания:			
T1	56 (30,77)	6 (11,67)	—
T2	97 (53,29)	11 (18,33)	—
T3	32 (15,94)	42 (70,0)	—
Время после операции/начала медикаментозного лечения, мес	19,41±5,63	34,4±19,5	—

Примечание. Представлено число больных (в скобках — процент).

Таблица 2. Сравнительная оценка КЖ больных, перенесших РППЭ по поводу РПЖ, и мужчин контрольной группы

Показатель	Больные, перенесшие РППЭ		Контрольная группа		p
Число больных	182		175		—
Возраст, годы	63,9		65,38		>0,05
Шкалы	Me	Q25÷Q75	Me	Q25÷Q75	—
Функция мочеиспускания	17,78	5,55÷31,11	6,67	2,22÷14,44	≤0,05
Функция кишечника	2,94	0÷8,82	2,94	0÷6,37	>0,05
Половая функция	57,69	51,28÷76,92	34,62	21,15÷48,72	≤0,05
Гормональная функция	12,04	5,56÷22,22	5	0÷10	≤0,05
Подшкалы					
Функция мочеиспускания					
Нарушение функции	14,58	0÷41,67	0	0÷6,25	≤0,05
Беспокойство	16,67	8,33÷29,17	12,5	4,17÷25	≤0,05
Ирритативные/обструктивные расстройства	11,11	0÷22,22	8,33	0÷25	>0,05
Недержание мочи	16,65	0÷50	0	0	≤0,05
Нарушение жизнедеятельности	11,11	0÷33,33	0	0	≤0,05
Функция кишечника					
Нарушение функции	0	0÷7,14	0	0÷3,57	>0,05
Беспокойство	4,76	0÷14,28	0	0	>0,05
Нарушение жизнедеятельности	0	0	0	0	>0,05
Половая функция					
Нарушение функции	92,86	83,33÷100	47,62	29,76÷65,48	≤0,05
Беспокойство	25,00	0÷61,11	16,67	5,56÷36,11	≤0,05
Гормональная функция					
Нарушение функции	20	0÷30	5	0÷10	≤0,05
Беспокойство	8,33	0÷16,67	0	0÷8,33	≤0,05

В табл. 3 представлены сведения о КЖ больных РПЖ, лечение которых проводится методом МАБ. У этих пациентов достоверно более высокие значения в шкалах «Функция мочеиспускания», «Половая функция» и «Гормональная функция» по сравнению со здоровыми. Не выявлены различия между упомянутыми группами только в шкале «Функция кишечника».

Более подробный анализ нарушений функции мочеиспускания показал, что больные РПЖ, подвергнутые антиандрогенному лечению, имели достоверно большее число баллов в подшкалах «Ирритативные/обструктивные расстройства», «Беспокойства» и «Нарушения жизнедеятельности», тогда как в подразделах «Нарушение функции» и «Недержание мочи» таковые отсутствуют. В шкале «Функция кишечника» сопоставимы значения показателей во всех подшкалах. Мужчины, получающие лечение по поводу РПЖ, отметили значительное ухудшение половой функции по сравнению с контрольной группой, однако значения в подшкале «Беспокойства» не имеют достоверных различий. В шкале «Гормональная функ-

ция» отмечены достоверные различия в количестве баллов в подшкалах «Нарушение функции» и «Беспокойства» в сравнении с обследованными контрольной группой.

Таким образом, лечение пациентов методом андрогенной депривации также вызывает нарушения мочеиспускания, которые обусловлены в основном ирритативными/обструктивными нарушениями и связанными с этим беспокойствами, половыми и в меньшей степени другими нарушениями. Функция кишечника на фоне проводимого лечения не изменяется. Пациенты отмечают выраженное нарушение половой функции, однако это не вызывает каких-либо эмоциональных беспокойств. Нарушение гормональной функции у данной категории пациентов обусловлено антиандрогенной направленностью проводимого лечения, клинически менее значимо и, соответственно, вызывает меньше беспокойств у обследованных.

Для оценки надежности опросника проводили повторное анкетирование пациентов с интервалом 2—4 нед, результаты которого сопоставляли с полученными при первичном обследовании данными.

Таблица 3. Сравнительная оценка КЖ больных РПЖ после МАБ и мужчин контрольной группы

Показатель	Больные, перенесшие МАБ		Контрольная группа		p
Число пациентов	60		179		—
Возраст, годы	69,54		65,38		≤0,05
Шкалы	Me	Q25÷Q75	Me	Q25÷Q75	
Функция мочеиспускания	15,55	6,66÷25,83	6,67	2,22÷14,44	≤0,05
Функция кишечника	3,92	0÷10,78	2,94	0÷6,37	>0,05
Половая функция	53,85	51,6÷68,59	34,62	21,15÷48,72	≤0,05
Гормональная функция	22,22	7,87÷39,56	5	0÷10	≤0,05
Подшкалы					
Функция мочеиспускания					
Нарушение функции	0	0÷8,33	0	0÷6,25	>0,05
Беспокойства	25	10,42÷37,5	12,5	4,17÷25	≤0,05
Ирритативные/обструктивные расстройства	22,22	11,11÷33,33	8,33	0÷25	≤0,05
Недержание мочи	0	0÷10	0	0	>0,05
Нарушение жизнедеятельности	0	0÷22,22	0	0	≤0,05
Функция кишечника					
Нарушение функции	0	0÷7,14	0	0÷3,57	>0,05
Беспокойства	4,76	0÷16,67	0	0	>0,05
Нарушение жизнедеятельности	0	0÷0	0	0	>0,05
Половая функция					
Нарушение функции	100	8 86,31÷100	47,62	29,76÷65,48	≤0,05
Беспокойства	2,78	0÷33,33	16,67	5,56÷36,11	>0,05
Гормональная функция					
Нарушение функции	20	10÷30	5	0÷10	≤0,05
Беспокойства	16,67	8,33÷33	0	0÷8,33	≤0,05

Результаты корреляционного анализа оценки надежности опросника приведены в табл. 4. Как следует из материалов анализа, коэффициент корреляции Пирсона для всех шкал составил >0,7, что свидетельствует о достаточно высокой надежности опросника. При подробном анализе отмечается неоднозначность ответов в следующих подшкалах: «Ирритативные/обструктивные расстройства» и «Нарушение жизнедеятельности» (шкала «Функция мочеиспускания»), «Нарушение функции» и «Беспокойства» (шкала «Функция кишечника»), $r < 0,7$.

Для оценки степени отклонения отдельных показателей от всей их совокупности рассчитали коэффициент Кронбаха (см. табл. 4), отражающий внутреннюю согласованность опросника. Для всех шкал и подшкал его значение составило >0,8, что информирует о высокой внутренней согласованности данной тест-системы.

Обсуждение

Лечебные мероприятия при РПЖ направлены на сохранение максимально возможной продолжительности жизни пациентов, при этом с сохранением достаточно высокого ее качества. Оценку КЖ

больных осуществляют с помощью различных методик, основанных на опросах. Для этого применяются различные тест-системы (опросники). Они должны учитывать влияние на КЖ основного патологического процесса, его осложнений, различных видов лечебных мероприятий, а также воздействие этих факторов на эмоциональное состояние больных и их социальную деятельность.

Таким образом, при оценке КЖ пациентов следует применять специализированные (рассчитанные на определенную болезнь) тест-системы, которые должны учитывать влияние болезни, различных методов лечения и их осложнений, а также оценивать эмоциональное состояние пациентов и изменение их социальной деятельности.

В доступной нам отечественной литературе мы не нашли работ, посвященных всестороннему исследованию КЖ урологических и онкоурологических больных. Все авторы для этих целей использовали переведенные на русский язык зарубежные опросники (SF-36, QLQ-C30 и некоторые другие), которые не учитывают влияния локализации патологического процесса на организм, не отражают хара-

ктерных для данного заболевания изменений состояния здоровья, в том числе в эмоциональной сфере пациентов. В литературе также отсутствуют отечественные методики, которые можно использовать для изучения КЖ урологических и онкоурологических больных.

Предложенный нами «Универсальный опросник качества жизни больных раком предстательной железы» позволяет оценивать специфические изменения жизни пациентов, страдающих РПЖ, а также влияние на нее лечебных мероприятий. Вопросы опросника сгруппированы в 4 раздела (шкалы), что позволяет оценить изменения КЖ вследствие нарушения функции мочеиспускания, кишечника, половой и гормональной функций.

Нами обследованы пациенты после ПРПЭ и андрогенной депривации в связи с РПЖ. В качестве контрольной группы анкетированы мужчины аналогичных возрастных групп без каких-либо онкологических и урологических заболеваний.

Известно, что у пациентов после различных лечебных мероприятий (ПРПЭ, медикаментозная и хирургическая андрогенная депривация) ухудшается КЖ, обусловленное нарушениями функции мочеиспускания, а также половой и гормональной функций. Проведенное нами обследование больных РПЖ показало, что основными нарушениями после ПРПЭ были недержание мочи, снижающее их социальную адаптацию, и связанные с этим беспокойства. Мужчины, подвергнутые антиандрогенной депривации, страдают прежде всего дизурией (обструктивно-ирритативная симптоматика). Кроме того, в обеих группах больных значительно нарушается половая функция и в меньшей степени — гормональная. Нарушения половой функции обусловлены эректильной дисфункцией. Однако беспокойства по этому поводу выражены только в группе, перенесшей ПРПЭ. Нарушения гормональной функции клинически проявляются приливами жара, слабостью, депрессивным состоянием. Эти симптомы имеют место в большей степени у мужчин, подвергнутых консервативному лечению. В то же время применявшиеся виды лечения больных РПЖ не вызывали каких-либо нарушений функции кишечника.

Исследование надежности предложенного нами опросника для оценки КЖ больных РПЖ определяли методом определения устойчивости и внутренней согласованности. Первый из них изучали с помощью корреляционного анализа сведений, полученных при первичном и повторном обследовании пациентов, выражающегося коэффициентом корреляции Пирсона. Его значение было $>0,7$ для всех разделов (шкал). Существует незначительный разброс в подшкалах при оценке качества мочеиспускания и нарушения функции кишечника, а также их влияния на социальную адаптацию ($r < 0,7$). Внутренняя согласованность опросника (оценка разброса каждого вопроса с общим разбросом всей шкалы) доказана с помощью коэффициента Кронбаха, который для всех шкал и подшкал составил $>0,8$. Приведенные материалы свидетельствуют о достаточно высокой надежности данной методики исследования КЖ больных РПЖ.

Таким образом, представленный нами «Универсальный опросник качества жизни больных раком предстательной железы» является надежным инструментом оценки КЖ больных, страдающих РПЖ, и может быть рекомендован для широкого использования специалистами онкоурологического профиля в клинической практике и научно-исследовательской работе в амбулаторных и стационарных условиях.

Таблица 4. Оценка надежности опросника

Шкалы	Коэффициент корреляции Пирсона	Индекс Кронбаха
Функция мочеиспускания	0,92	0,84
Функция кишечника	0,74	0,85
Половая функция	0,92	0,86
Гормональная функция	0,8	0,85
Подшкалы		
Функция мочеиспускания		
Нарушение функции	0,95	0,86
Беспокойства	0,91	0,84
Ирритативные/обструктивные расстройства	0,64	0,85
Недержание мочи	0,98	0,86
Нарушение жизнедеятельности	0,6	0,84
Функция кишечника		
Нарушение функции	0,6	0,86
Беспокойства	0,34	0,85
Нарушение жизнедеятельности	0,92	0,85
Половая функция		
Нарушение функции	0,97	0,87
Беспокойства	0,8	0,87
Гормональная функция		
Нарушение функции	0,72	0,86
Беспокойства	0,89	0,85

Дата заполнения: День _____ Месяц _____ Год _____

ФИО _____

Функция мочеиспускания

1.1. Как часто в последнее время Вы отмечали недержание мочи?		1.6. Насколько беспокоит Вас нарушение функции мочеиспускания в последнее время?	
Чаше, чем 1 раз в день	1	Не беспокоит	1
1 раз в день	2	Редко беспокоит	2
Чаше, чем 1 раз в неделю	3	Создает определенные проблемы	3
1 раз в неделю	4	Это большая проблема для меня	4
Редко или никогда	5		
1.2. Сколько прокладок (памперсов) в день Вы используете при недержании мочи?		1.7. Насколько проблемы с мочеиспусканием или беспокойства по этому поводу ограничивают Вашу социальную активность (препятствуют общению с друзьями или родственниками) в последнее время?	
Ни одной	1	Не ограничивают	1
1 прокладку в день	2	Создают определенные проблемы	2
2 прокладки в день	3	Значительно ограничивают	3
3 прокладки в день или больше	4	Полностью ограничивают	4
1.3. Как часто в последнее время Вы ощущали боль или жжение при мочеиспускании?		1.8. Насколько проблемы с мочеиспусканием или беспокойства по этому поводу ограничивают Вашу физическую активность (препятствуют прогулкам, выполнению работы по дому и пр.) в последнее время?	
Чаше, чем 1 раз в день	1	Не ограничивают	1
1 раз в день	2	Создают определенные проблемы	2
Чаше, чем 1 раз в неделю	3	Значительно ограничивают	3
1 раз в неделю	4	Полностью ограничивают	4
Редко или никогда	5		
1.4. Насколько Вы осуществляете контроль за актом мочеиспускания?		1.9. Насколько проблемы с мочеиспусканием или беспокойства по этому поводу ограничивают Вашу профессиональную деятельность (препятствуют работе) в последнее время?	
Контроль отсутствует, моча всегда выделяется непроизвольно	1	Не ограничивают	1
Моча часто выделяется непроизвольно	2	Создают определенные проблемы	2
Моча редко выделяется непроизвольно	3	Значительно ограничивают	3
Я всегда контролирую акт мочеиспускания	4	Полностью ограничивают	4
1.5. Насколько беспокоит Вас нижеперечисленное в последнее время?		1.10. Как часто нарушение функции мочеиспускания доставляло Вам неприятности в последнее время?	
Не беспокоит редко часто всегда			
А. Подтекание мочи 1 2 3 4		Никогда 1	
Б. Боли или жжение при мочеиспускании 1 2 3 4		Редко 2	
В. Кровь в моче 1 2 3 4		Часто 3	
Г. Вялая струя мочи 1 2 3 4		Постоянно 4	
Д. Ночные мочеиспускания 1 2 3 4			
Е. Частые мочеиспускания в дневное время 1 2 3 4			

Функция кишечника

2.1. Как часто в последнее время у Вас были ложные позывы к дефекации?

Чаше, чем 1 раз в день.	1
1 раз в день.	2
Чаше, чем 1 раз в неделю.	3
1 раз в неделю.	4
Редко или никогда.	5

2.2. Как часто в последнее время у Вас было недержание стула?

Чаше, чем 1 раз в день.	1
1 раз в день.	2
Чаше, чем 1 раз в неделю.	3
1 раз в неделю.	4
Редко или никогда.	5

2.3. Как часто в последнее время стул был жидкий или неоформленный?

Чаше, чем 1 раз в день.	1
1 раз в день.	2
Чаше, чем 1 раз в неделю.	3
1 раз в неделю.	4
Редко или никогда.	5

2.4. Как часто в последнее время у Вас был стул с кровью или кровотечение из прямой кишки?

Чаше, чем 1 раз в день.	1
1 раз в день.	2
Чаше, чем 1 раз в неделю.	3
1 раз в неделю.	4
Редко или никогда.	5

2.5. Как часто в последнее время у Вас был болезненный стул?

Чаше, чем 1 раз в день.	1
1 раз в день.	2
Чаше, чем 1 раз в неделю.	3
1 раз в неделю.	4
Редко или никогда.	5

2.6. Сколько раз в течение суток у Вас был стул в последнее время?

2 раза или меньше.	1
3—4 раза.	2
5 раз или более.	3

2.7. Как часто в последнее время у Вас были боли в животе, в области прямой кишки?

Чаше, чем 1 раз в день.	1
1 раз в день.	2
Чаше, чем 1 раз в неделю.	3
1 раз в неделю.	4
Редко или никогда.	5

2.8. Насколько беспокоит Вас нижеперечисленное в последнее время?

Не беспокоит Беспокоит
беспокоит редко часто всегда

А. Неотложные позывы к дефекации.	1	2	3	4
Б. Увеличение частоты стула в день.	1	2	3	4
В. Жидкий стул.	1	2	3	4
Г. Отсутствие контроля за дефекацией.	1	2	3	4
Д. Кровь в стуле.	1	2	3	4
Е. Боли в животе.	1	2	3	4

2.9. Насколько беспокоят Вас нарушения выделительной функции кишечника в последнее время?

Не беспокоят.	1
Практически не беспокоят.	2
Часто беспокоят.	3
Всегда беспокоят.	4

2.10. Насколько нарушения выделительной функции кишечника или беспокойства по этому поводу ограничивают Вашу социальную активность (препятствуют прогулкам, выполнению работы по дому и пр.) в последнее время?

Не ограничивают.	1
Создают определенные проблемы.	2
Значительно ограничивают.	3
Полностью ограничивают.	4

2.11. Насколько нарушения выделительной функции кишечника или беспокойства по этому поводу ограничивают Вашу физическую активность (препятствуют прогулкам, выполнению работы по дому и пр.) в последнее время?

Не ограничивают.	1
Создают определенные проблемы.	2
Значительно ограничивают.	3
Полностью ограничивают.	4

2.12. Насколько нарушения выделительной функции кишечника или беспокойства по этому поводу ограничивают Вашу профессиональную деятельность (препятствуют работе) в последнее время?

Не ограничивают	1	Значительно ограничивают	3
Создают определенные проблемы.	2	Полностью ограничивают	4

Половая функция

3.1. Как Вы оцениваете уровень сексуального желания в последнее время?

Повышение сексуального влечения	1
Как и ранее.	2
Снижение сексуального влечения.	3
Отсутствует желание	4

3.2. Как Вы охарактеризуете эрекцию полового члена в последнее время?

Достаточно твердый для полового акта	1
Достаточно твердый для мастурбации	2
Недостаточно твердый для полового акта	3
Эрекция не возникает.	4

3.3. Как часто в последнее время эрекция возникала при Вашем желании?

Всегда	1
Часто	2
Редко	3
Никогда	4

3.4. Как часто у Вас возникали ночные или утренние эрекции в последнее время?

Ежедневно	1
Несколько раз в неделю	2
Примерно 1 раз в неделю	3
Реже чем раз в неделю	4
Никогда	5

3.5. Как часто Вы имели половые акты в последнее время?

Несколько раз в неделю	1
Примерно 1 раз в неделю	2
Реже чем раз в неделю	3
Никогда	4

3.11. Как часто отсутствие/снижение потенции доставляло Вам неприятности в последнее время?

Никогда	1	Часто	3
Редко	2	Всегда	4

3.6. Как Вы оцениваете половую функцию в последнее время?

Хорошо	1
Удовлетворительно	2
Плохо	3
Очень плохо	4

3.7. Насколько беспокоит Вас нижеперечисленное в последнее время?

	Не беспокоит	Беспокоит	
	редко	часто	всегда
А. Снижение или отсутствие сексуального желания	1	2	3 4
Б. Снижение или отсутствие эрекции	1	2	3 4
В. Отсутствие или проблемы с достижением оргазма.	1	2	3 4

3.8. Насколько нарушение потенции или беспокойства по этому поводу ограничивали Вашу сексуальную активность (препятствовали половой жизни) в последнее время?

Не ограничивали	1
Практически не ограничивали.	2
Значительно ограничивали	3
Полностью ограничивали.	4

3.9. Влияет ли нарушение/отсутствие потенции на отношения с партнершей (супругой)?

Нет	1
Да	2

3.10. Насколько важно для Вас снижение или отсутствие половой функции в последнее время?

Не имеет значения	1
Важно	2
Очень важно.	3

Гормональная функция

4.1. Как часто в последнее время Вы отмечали приливы жара?		4.4. Как часто в последнее время Вы чувствовали общую слабость?	
Чаше, чем 1 раз в день.	1	Чаше, чем 1 раз в день.	1
1 раз в день.	2	1 раз в день.	2
Чаше, чем 1 раз в неделю.	3	Чаше, чем 1 раз в неделю.	3
1 раз в неделю.	4	1 раз в неделю.	4
Редко или никогда.	5	Редко или никогда.	5
4.2. Как часто Вы отмечали болезненность и/или увеличение грудных желез в последнее время?		4.5. Насколько изменилась Ваша масса тела в последнее время?	
Чаше, чем 1 раз в день.	1	Поправился более чем на 5 кг.	1
1 раз в день.	2	Поправился менее чем на 5 кг.	2
Чаше, чем 1 раз в неделю.	3	Масса тела не изменилась.	3
1 раз в неделю.	4	Похудел менее чем на 5 кг.	4
Редко или никогда.	5	Похудел более чем на 5 кг.	5
4.3. Как часто в течение 4 последних недель Вы чувствовали угнетенность и подавленность?		4.6. Насколько беспокоит Вас нижеперечисленное в течение 4 последних недель?	
Редко или никогда.	1	Не беспокоит Беспокоит редко часто всегда	
1 раз в неделю.	2	А. Приливы жара. 1 2 3 4	
Чаше, чем 1 раз в неделю.	3	Б. Болезненность или увеличение молочных желез. 1 2 3 4	
1 раз в день.	4	В. Слабость. 1 2 3 4	
Чаше, чем 1 раз в день.	5	Г. Изменения массы тела. 1 2 3 4	

Литература

- Лоран О.Б. Рак простаты: современный взгляд на проблему. В сб.: Материалы XI съезда урологов России. М., 2007. с. 5—13.
- Marberger M. Current prostate cancer: 20 years later. Br J Urol Intern 2007;100(Suppl 2):11—4.
- Jemal A., Murray T., Ward E. et al. Cancer statistics, 2005. CA Cancer J. Clin 2005;55:10.
- Новик А. А. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: ЭЛБИ, 1999.
- Gill T.M., Feinstein A.R. A critical appraisal of the quality-of-life measurement. JAMA 1994;272(8):619—26.
- WHOQOL Group, Division of Mental Health, World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization: organization to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). J Qual Life Res 1993;2(2):153—9.
- Cella D.F., Tulsky D.S. Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. Cancer Invest 1993;11(3):327—36.
- Giyar G.H., Feeny D.K., Patrick D.L. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med 1993;118(8):622—9.
- Tulsky D.S. An introduction to test theory. Oncology 1990;4(5):43—8.
- Bergner M., Bobbitt K.A., Carter W.B. et al. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. Med Care 1981;19(8):787—805.
- Moinpour C.M., Feigl P., Metch B. et al. Quality of life end points in cancer clinical trials: review and recommendations. J Natl Cancer Inst 1989;81(7):485—95.
- Kaplan R.M., Ganiats T.G., Sieber W.J. et al. The quality of well-being scale: critical similarities and differences with SF-36. Int J Qual Health Care 1998;10(6):509—20.
- 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 Natl Cancer Inst 1993;85(5):365—76.
- Cella D.F., Tulsky D.S. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol 1993;11(3):570—9.
- Schag C.A., Heinrich R.L. Development of a comprehensive quality of life measurement tool: CARES. Oncology 1990;4(5):135—8.
- Litwin M.S., Hays R.D., Fink A. et al. The UCLA Prostate Cancer Index: development, reliability, and validity of a health-related quality of life measure. Med Care 1998;36(7):1002—12.
- Augustin H., Pummer K., Daghofer F. et al. Patient self-reporting questionnaire on urological morbidity and bother after radical retropubic prostatectomy. Eur Urol 2002;42(2):112—7.
- Wei J.T., Dunn R.L., Litwin M.S. et al. Development and validation of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. Urology 2000;56(6):899—905.
- Streiner D.L., Norman G.R. Health Measurement Scales. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1995.