

УДК 159.97

Щелкова О.Ю.¹, Усманова Е.Б.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

²Moscow International Preschool, Москва, Россия

**Качество жизни и отношение к болезни
при разных формах опухолевого поражения костей¹**

**Quality of Life and the Attitude to the Disease among Patients
with the Different Bone Tumor Types**

Аннотация

Статья посвящена исследованию связанного со здоровьем качества жизни и отношения к болезни 120 пациентов с опухолевым поражением костей: остеосаркомой (n=41), гигантоклеточной опухолью (n=31), хондросаркомой (n=30) и метастатическим поражением костей (n=18). Выполнен сравнительный анализ основных показателей качества жизни и отношения к болезни, а также выявлены взаимосвязи этих показателей у пациентов четырех клинических групп. Использовались психологические методики: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 с дополнительным модулем BM-22, «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)», а также авторское структурированное интервью. Выявлены различия в параметрах качества жизни, типах реагирования на болезнь, а также различия корреляционных структур соответствующих психодиагностических показателей у пациентов с различными формами опухолевого поражения костей. Результаты могут составить основу программ психологического сопровождения и психосоциальной реабилитации данной категории онкологических больных.

Ключевые слова: качество жизни, отношение к болезни, опухоль костей, остеосаркома, хондросаркома, гигантоклеточная опухоль, метастазы в кости, психологическое сопровождение

Abstract

The paper describes a study of health-related quality of life and the attitude to the disease in 120 patients with a range of bone tumors: osteosarcoma (n=41), giant cell tumor (n=31), chondrosarcoma (n=30) and metastatic bone lesions (n=18). The means comparison as well as correlations of the basic parameters of quality of life and attitude to disease were made. Methods: «SF- 36 Health Status Survey», The Quality of Life Questionnaire-Core 30 by European Organization for Research and Treatment Cancer with the module “Bone Metastases 22”, “The type of attitude to the disease” and a structured interview. The results show that patients with different bone tumor types have differences in the quality of life characteristics, in the attitudes to the disease. They also have differently structured correlations of the measured items.

Keywords: quality of life, attitude to the disease, bone tumor, osteosarcoma, chondrosarcoma, giant cell tumor, metastatic bone lesion, psychological support

¹ Исследование проведено при финансовой поддержке РФФИ (Пер. № № 17-36-00011 «а1»).

Введение

Изучение качества жизни больных, которое интенсивно проводится в течение последних десятилетий во всем мире, отражает общую тенденцию гуманизации медицины, является показателем стремления к развитию целостного взгляда на человека, к становлению биопсихосоциального подхода в понимании здоровья и болезни. В связи с этим внимание врачей все больше фокусируется не на отдельных симптомах и механизмах развития болезни, а на пациенте как личности с ее жизненными проблемами. Идет активная разработка концепции и методологии исследования качества жизни, связанного со здоровьем (КЖЗ) (Вассерман, Трифонова, 2007; Новик, Ионова, 2007). В клинических и эпидемиологических исследованиях качество жизни больных все чаще рассматривается как мера эффективности медицинских вмешательств, а в медицинской психологии сложилось убеждение, что качество жизни в условиях болезни отражает уровень и характер психической (физиологической, психологической и социальной) адаптации личности к болезни.

Исследования КЖЗ активно проводятся в различных областях медицины. Значительное количество работ посвящено исследованию КЖЗ онкологических больных (Демин, Чулкова, 1990; Вассерман и соавт., 2001; Новик, Ионова, 2007; Yellen et al., 1993; Osoba, 1994; Merinsky et al., 1997; Koller, Lorenz, 2002; Tineke, 2009; Dubashi et al., 2010; Fagundes et al., 2013). Среди них можно выделить исследования, которые свидетельствуют о существенном снижении различных аспектов КЖЗ пациентов с опухолью костей (Eiser, Grimer, 1999; Bekkering et al., 2010; Paredes et al., 2011; Mason et al., 2013; Morishige et al., 2015; Perisano et al., 2015). Однако таких исследований недостаточно, так как большинство из них посвящено КЖЗ детей и подростков с саркомой костей (van Riel et al., 2004; Yonemoto et al., 2007). Значительная часть работ посвящена сравнительному изучению качества жизни пациентов с опухолью костей после органосохранной

операции и ампутации (Johansen et al., 1998; Aksnes et al., 2008; Robert et al., 2010). В то же время сравнительных исследований качества жизни взрослых пациентов с различными формами опухолевого поражения костей, учитывающих и психологические факторы формирования КЖЗ, в современной литературе не представлено.

Одним из важнейших компонентов адаптации личности к соматическому заболеванию является отношение к болезни. В клинической психологии отношение к болезни выступает одной из важнейших подсистем отношений заболевшего человека. В концепции В.Н. Мясищева (2003) о личности как системе значимых отношений психологический анализ предполагает рассмотрение отношения в трех смысловых аспектах: эмоциональном, поведенческом и когнитивном. В соответствии с этим эмоциональный компонент отношения к болезни отражает весь спектр чувств, обусловленных болезнью, а также те эмоциональные переживания, которые возникают в ситуациях, связанных с болезнью. Мотивационно-поведенческий компонент отражает выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование заболевания, пессимистические установки и пр.), а также связанные с болезнью реакции, способствующие или препятствующие адаптации к ней. Когнитивный компонент отражает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз. Таким образом, психологический анализ отношения к болезни позволяет описать все основные психические феномены, в которых проявляется реакция личности на заболевание (Иовлев, Карпова, 1999). В отношении пациента к болезни выражается неповторимость его личности, опыта, актуальной жизненной ситуации (в том числе, особенностей самого заболевания).

В литературе представлено немало исследований личностного смысла болезни у различных категорий больных (Психосоматика..., 2009; Василенко,

2011) и отношения личности к болезни при различных заболеваниях (Психологическая диагностика отношения..., 1990; Вассерман, Карпова, Иовлев и др., 2014), в том числе, онкологических (Пестерева, Чулкова, Виноградова и др., 2013). Однако до настоящего времени остается не изученной взаимосвязь основных параметров качества жизни и отношения к болезни при онкологической патологии. Это в полной мере относится к исследованиям больных злокачественными новообразованиями костей, что и определило программу настоящего исследования.

Цель исследования – изучение основных параметров качества жизни и отношения к болезни пациентов с различными нозологическими формами опухолевого поражения костей: остеосаркома, гигантоклеточная опухоль (ГКО), хондросаркома, метастатическое поражение костей.

Для реализации цели исследования были поставлены следующие задачи: (1) сравнительный анализ основных клинических, а также психосоциальных характеристик, в совокупности отражающих качество жизни в условиях болезни у лиц, страдающих различными формами опухолевого поражения костей; (2) сравнительный анализ основных психометрических показателей КЖЗ больных пациентов, страдающих различными формами опухолевого поражения костей; (3) сравнительный анализ типов отношения к болезни пациентов, страдающих различными формами опухолевого поражения костей; (4) изучение взаимосвязи основных параметров качества жизни с отношением к болезни в группах больных с различными формами опухолевого поражения костей.

Материал исследования составили данные психологического исследования 120 пациентов с опухолевым поражением костей. В группу вошли: 41 пациент с остеосаркомой (С 41.9), 30 пациентов с хондросаркомой (С 40), 31 пациент с гигантоклеточной опухолью (D 48.0) и 18 пациентов со вторичным опухолевым поражением костей, а именно метастазами в кости при светлоклеточном раке почки (С 64) (по Международной статистической

классификации болезней 10 пересмотра, МКБ-10, 1995), находящихся на лечении в хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата НИИ клинической онкологии и в отделении вертебральной и тазовой хирургии ФГБУ «Российский Онкологический Научный Центр им. Н.Н. Блохина». Распределение изученных больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение по полу и среднегрупповые значения возраста пациентов с опухолевым поражением костей

Демографические характеристики	ОстеоСа (n= 41)		ГКО (n=31)		ХондроСа (n=30)		Mts (n=18)	
	А		В		С		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Пол: Мужчины	25	61	13	41,9	24	80	14	77,8
Женщины	16	39	18	58,1	6	20	4	22,2
Средний возраст (лет):	26,7±1,9		36,1±1,6		45,4±0,9		54,9±1,4	
Мужчины	23±0,8		36±3		46±2,6		55±2,1	
Женщины	33±3,8		36±3,2		51±8,6		55±5,2	

Примечание: в таблице 1 и далее приняты обозначения: ОстеоСа – группа пациентов с остеосаркомой; ГКО – группа больных с гигантоклеточной опухолью; ХондроСа – группа пациентов с хондросаркомой; Mts – группа пациентов с метастатическим поражением костей.

Данные, представленные в таблице 1, показывают, что группы пациентов различаются по возрасту: больные остеосаркомой характеризуются более молодым возрастом, чем все остальные пациенты; больных с ГКО и хондросаркомой можно охарактеризовать как людей среднего возраста; в группу пациентов с метастатическим поражением костей входят, в основном, люди старше 50 лет. Такое распределение пациентов по возрастным группам является типичным и связано с клиническими особенностями заболевания, а именно с пиками заболеваемости отдельными нозологическими формами опухоли костей.

Анализ социальных факторов показал, что большинство пациентов с опухолевым поражением костей – люди со средне-специальным и высшим образованием. Большинство пациентов с ГКО и хондросаркомой продолжают профессиональную деятельность на момент исследования

(51,6% и 60,0% соответственно), а большинство больных с остеосаркомой (51,2%) и метастатическим поражением костей (66,7%) не работают.

Клинические характеристики пациентов, включенные в анализ результатов настоящего исследования, отражены в 8 показателях: длительность заболевания с момента постановки диагноза и с момента появления симптомов, стадия, статус лечения, динамика течения заболевания, осложнения, тип хирургического лечения, объективный соматический статус. Показатели объективного соматического статуса и различия между группами пациентов представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Среднегрупповые значения показателей соматического статуса пациентов с опухолевым поражением костей

Показатели соматического статуса пациентов	ОстеоСа n=41 А	ГКО n=31 В	ХондроСа n= 30 С	Mts n=18 D	p	
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m		
Индекс Карновского	80 ± 1,8	78,9 ± 2,2	80,5± 2,2	71,2±2,6	AD*** CD***	BD***
Шкала ECOG-ВОЗ	1,2 ± 0,1	1,4 ± 0,1	1,4 ± 0,1	2,1±0,1	AD*** CD***	BD***

Примечание: в таблицах 2-7 в графе «Достоверные различия» (p) знак * соответствует уровню статистической значимости $0,05 < p < 0,1$; ** – $p < 0,05$; *** – $p < 0,01$.

В индексе Карновского большие значения шкальных оценок соответствуют лучшим характеристикам состояния больного. Максимальная оценка по всем шкалам – 100. Для шкалы ECOG-ВОЗ наилучшее состояние соответствует 0, а наихудшее – 4.

Значимые различия между группами пациентов обнаруживаются по последнему фактору: объективный соматический статус больных с первичными опухолями костей (остеосаркома, ГКО, хондросаркома) значительно лучше соматического статуса пациентов с метастатическим поражением костей.

Методы исследования

Для решения поставленных задач были использованы клинико-психологический и психометрический методы исследования.

Клинико-психологический метод представлен медико-социологической шкалой «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ) (Вассерман, Беребин, Иовлев, 2014) и авторским структурированным интервью, включающим два основных блока: социально-демографические и психологические (психосоциальные) характеристики больных. Интервью содержало вопросы, касающиеся таких значимых сфер функционирования личности, характеризующих качество жизни в условиях болезни, как семья, трудовая деятельность, взаимоотношения с окружающими, а также вопросы, касающиеся отношения к болезни и лечению.

Психометрический метод включал использование методик: опросник качества жизни «SF-36 Health Status Survey» (SF-36) (Ware et al., 1993; Вассерман, Щелкова, 2004), специализированный опросник качества жизни EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organization for Research and Treatment Cancer) с модулем BM 22 (Aronson et al., 1993; Ионова и соавт., 1998), методика для определения типов отношения к болезни «ТОБОЛ» (Вассерман, Карпова, Иовлев и др., 2014).

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью двухфакторного дисперсионного анализа (для количественных признаков) в независимых выборках с использованием t-критерия Стьюдента, а также критерия χ^2 (для номинативных признаков); для изучения взаимосвязи психодиагностических показателей использовался корреляционный анализ (р-критерий Спирмена). Полученные результаты обработаны с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты Statistica 6.0 и Excel XP.

Результаты исследования

На первом этапе исследования было изучено субъективное представление пациентов об изменениях своего качества жизни в связи с заболеванием опорно-двигательного аппарата, а также получены показатели,

характеризующие отношение пациентов к болезни и лечению, субъективный прогноз заболевания, семейные отношения в сложившейся психотравмирующей ситуации, характер профессиональной деятельности пациентов и отношение к ней, то есть показатели, в совокупности характеризующие жизненное, в том числе социальное, функционирование пациентов в условиях болезни; проанализированы различия между группами пациентов.

Анализ результатов клинико-психологического исследования выявил статистически значимые различия между группами больных по частоте встречаемости различных оценок изменения КЖ в связи с заболеванием ($\chi^2=49,89$; $p<0,001$): большинство пациентов с первичным опухолевым поражением костей оценивают изменение своего качества жизни как незначительное (53,8% пациентов с остеосаркомой, 83,9% больных ГКО, 56,7% пациентов с хондросаркомой), в то время как подобная оценка не встретилась ни у одного пациента из группы лиц с метастатическим поражением костей (0%), и 77,8% пациентов этой группы оценивают изменения КЖ как значительные. Этому соответствует объективные данные об изменении трудового статуса в связи с заболеванием: никто из больных с первичным опухолевым поражением костей на момент исследования не утратил трудоспособность, в то время как 22,2 % больных с опухолевым поражением костей потеряли трудоспособность и имеют «нерабочую» группу инвалидности.

Изучение отношения к болезни и лечению показало, что большинство пациентов в каждой из четырех групп реагируют на болезнь отрицанием: 75,6% пациентов с остеосаркомой, 54,8% пациентов с ГКО, 66,7% больных с хондросаркомой и 66,7% пациентов с метастатическим поражением костей. При этом подавляющее большинство пациентов с опухолевым поражением костей имеют только общее представление о своем заболевании: 78,4%

больных остеосаркомой, 71,2% пациентов с ГКО, 90,1% больных с хондросаркомой и 94,2% больных с метастазами.

Большинство пациентов с первичным опухолевым поражением костей относятся к лечению нейтрально (61,0% в группе больных с остеосаркомой, 61,3% в группе пациентов с ГКО и 66,7% в группе больных с хондросаркомой), а большинство больных с метастатическим поражением костей относятся к лечению положительно (66,7%). Это связано с тем, что для большинства пациентов с первичным опухолевым поражением костей, при понимании необходимости лечения, хирургическая операция и реабилитация после нее видятся осложняющими жизнь и нежелательными. Пациенты с метастазами, несмотря на тяжесть лечения, видят в нем надежду на продление жизни, и болезненные процедуры не пугают их и не кажутся им бременем на фоне прогрессирующей опухоли.

По выше перечисленным показателям, полученным с помощью интервью (отношение к болезни, осведомленность/представление о заболевании, отношение к лечению) статистически значимых различий между нозологическими группами не выявлено.

В то же время, между группами пациентов обнаружены статистически значимые различия в оценке перспектив лечения (таблица 3).

Таблица 3 – Распределение пациентов с опухолевым поражением костей по характеру субъективных оценок перспектив лечения

Характеристика перспектив лечения по оценке пациента	ОстеоСа (n= 41) А		ГКО (n=31) В		ХондроСа (n=30) С		Mts (n=18) D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ухудшение состояния	5	12,5	1	3,2	1	3,3	2	11,1
Поддержание здоровья на данном уровне	2	5	0	0	2	6,7	1	5,6
Улучшение состояния	19	47,5	7	22,6	22	73,3	15	83,3
Полное излечение	14	35	23	74,2	5	16,7	0	0
$\chi^2 = 38,7$ $p < 0,001$								

Как видно из таблицы 3, большинство пациентов с ГКО настроены на полное излечение, тогда как среди больных с остеосаркомой перспективы лечения как полное выздоровление рассматривают только 35,0% пациентов, а в группе больных с хондросаркомой – всего 16,7% пациентов. Среди пациентов с метастазами не выявлено людей, рассчитывающих на полное выздоровление. Большинство пациентов с хондросаркомой и метастатическим поражением костей, а также многие больные с остеосаркомой нацелены на улучшение своего состояния.

По результатам методики УСФ, зонами наибольшей социальной фрустрированности в связи с опухолевым поражением костей у исследованных больных являются «здоровье» и «работоспособность». Тяжелое лечение, включающее в большинстве случаев хирургическую операцию с эндопротезированием, значительно влияет на общее самочувствие пациентов и их возможность выполнять какую-либо работу; обнаружены значимые различия между нозологическими группами (таблица 4).

Таблица 4 – Среднегрупповые значения ($M \pm m$) удовлетворенности пациентов с опухолью костей различными аспектами жизни (социального функционирования)

Сферы социального функционирования	ОстеоSa n=41 А	ГКО n=31 В	ХондроSa n= 30 С	Mts n =18 D	p
Социальный и профессиональный статус	2,2±0,1	2±0,1	1,9±0,1	2 ±0,2	AC*
Материально-экономическое положение	2,2±0,1	2,2±0,1	2,3±0,1	2,4±0,1	AD*
Здоровье и работоспособность	2,7±0,1	2,5±0,1	2,6±0,1	2,9±0,1	BD** CD*

Как видно из таблицы 4, больные с остеосаркомой менее удовлетворены своим социальным и профессиональным статусом, чем больные с хондросаркомой. Это может быть связано с молодым возрастом пациентов с остеосаркомой: болезнь застигла их как раз в том возрасте, когда люди активно строят карьеру и таким образом формируют свой социальный

статус. Пациенты с метастатическим поражением костей менее удовлетворены своим материально-экономическим положением, чем больные с остеосаркомой, а также подвержены большей фрустрированности в сфере здоровья и работоспособности, чем больные с ГКО и хондросаркомой.

На следующем этапе исследования с помощью психометрических методов были изучены основные характеристики качества жизни, связанного с общим состоянием здоровья пациентов (таблица 5), а также характеристики качества жизни, связанного с онкологической патологией и, непосредственно, с опухолевым поражением костей (таблица 6).

Таблица 5 – Среднегрупповые значения ($M \pm m$) показателей качества жизни, связанного с общим статусом здоровья, пациентов с опухолевым поражением костей

Шкалы опросника SF-36	ОстеоSa n=41 A	ГКО n=31 B	ХондроSa n= 30 C	Mts n =18 D	p
Общее здоровье	59,7±3,2	58 ± 2,6	58,6±3,8	49,6±5,8	AD*
Роль физических проблем	33,1±6,1	22,6±6,7	40 ± 8,1	19,4±8,5	BC* CD*
Роль эмоциональных проблем	47,5 ± 6,9	48,4±7,9	58,9±8,1	35,2±10,2	CD*
Боль	52,8±4,8	47,5±4,9	47,1±5,1	36,5±4,4	AD*** BD* CD*
Жизненная активность	62,1±3,5	60,5±2,8	63,7±4,4	48,3±5,6	AD** BD** CD**

Примечание: в методике SF-36 большие значения шкальных оценок соответствуют лучшим характеристикам качества жизни. Например, высокие оценки по шкале «Боль», означают то, что болевой синдром лишь незначительно ограничивает жизнедеятельность и социальное поведение больных. Максимальная оценка по всем шкалам – 100.

Как видно из таблицы 5, больные с остеосаркомой значительно выше оценивают состояние своего здоровья в настоящий момент и перспективы лечения, чем больные с метастазами в кости. Больные ГКО и пациенты с метастазами в кости значимо больше, чем больные хондросаркомой, ограничены в своей повседневной активности (в работе, будничной деятельности) в связи с физическим состоянием. Помимо этого, больные с метастатическим поражением костей более, чем пациенты с хондросаркомой,

ограничены в выполнении повседневной работы в связи с ухудшением своего эмоционального состояния. Пациенты с метастазами в кости испытывают более существенные ограничения в своей активности, обусловленные интенсивностью болевых ощущений, острее чувствуют утомление, снижение энергии и потерю сил, чем больные с первичным опухолевым поражением костей.

Данные специализированного опросника QLQ C-30, представленные в таблице 6, согласуются с данными общего опросника качества жизни SF-36, дополняя их.

Таблица 6 – Среднегрупповые значения ($M \pm m$) показателей качества жизни, связанного с тяжелым поражением опорно-двигательного аппарата (опухоль костей)

Шкалы EORTC QLQ C-30	ОстеоСа n=41 А	ГКО n=31 В	ХондроСа n= 30 С	Mts n =18 D	p
Общее состояние здоровья	56,3 ± 3,5	47,9 ± 4	52,8 ± 5,9	43,5±5,8	AD** AB*
Физическая активность	65,7±3,7	63,2 ± 4,1	68,6 ± 4,8	57,8±6,4	CD*
Ролевая активность	56,91±5,3	52,2±5,5	62,4 ± 6,1	46,3±7,7	CD*
Социальная активность	64,6 ± 5,6	56,5±5	72,8 ± 5,8	55,6±8,1	BC** CD**
Боль	39,4±5,1	52,2±5,9	49,4 ± 6,3	60,2±6,1	AB*CD* AD***
Одышка	21,1±4,7	12,9 ± 4,1	18,5 ± 5,8	37 ±8,23	AD* CD* BD***
Бессонница	33,3±5,1	35,5±5,7	44,4 ± 7	48,2±7,9	AD*
Шкалы модуля QLQ-BM22					
Локализация боли	18,5± 1,9	24,7± 3,3	22,9± 4,1	30,7±3,1	AB* CD* AD***
Характер боли	25,5± 4,9	32,9± 4,7	33,8± 5,3	38,9±5,6	AD*
Ограничения активности	67,1± 4,4	60,9± 3,9	62,7± 5,3	46,5±5,7	AD*** BD** CD**

Примечание: в методике EORTC QLQ C-30 для функциональных шкал и шкалы общего статуса здоровья наилучшее состояние пациента соответствует 100 баллам, а наихудшее состояние – 0. Для всех симптоматических шкал наилучшее состояние соответствует 0, а наихудшее – 100 баллам. (Fayers et al., 1995).

Как видно из таблицы 6, больные с метастатическим поражением костей оценивают состояние своего здоровья гораздо хуже пациентов с остеосаркомой. При этом больные ГКО также характеризуются сниженным общим показателем состояния здоровья по сравнению с больными остеосаркомой.

Больные хондросаркомой обладают большей физической и ролевой активностью, чем пациенты с метастазами, что согласуется с данными представленными выше. Социальная активность пациентов с хондросаркомой выше, чем больных с метастазами. Кроме того, больные хондросаркомой обладают также большей социальной активностью, чем пациенты с ГКО.

У больных с метастазами болевые ощущения интенсивней, чем у пациентов с остеосаркомой и хондросаркомой. Различий по параметру интенсивности боли между пациентами с метастатическим поражением костей и больными ГКО выявлено не было. При этом больные ГКО испытывают более интенсивную боль и бóльшие ограничения жизненного функционирования, связанные с болью, чем пациенты с остеосаркомой.

В соответствии с представленными результатами, больные с метастатическим поражением костей больше страдают одышкой, чем пациенты всех остальных групп. Кроме того, больные с метастазами в кости более подвержены нарушениям сна, чем пациенты с остеосаркомой. В показателях методики отразилось влияние названных симптомов (одышка, нарушения сна) на качество жизни больных.

Пациенты с метастатическим поражением костей испытывают более распространенные болевые ощущения, связанные с опухолевым поражением костей, чем больные остеосаркомой и хондросаркомой. Кроме того, у больных с метастазами боль имеет более интенсивный характер, чем у пациентов с остеосаркомой. При этом пациенты с ГКО также отличаются от больных остеосаркомой более распространенными

болевыми ощущениями. Ограничение активности, связанное непосредственно с поражением костей, среди больных с метастазами выше, чем среди пациентов остальных групп.

Таким образом, в показателях методики для общей оценки качества жизни в связи с хроническим соматическим заболеванием (SF-36) и в показателях специализированного опросника для лиц, страдающих онкологическими заболеваниями (QLQ C-30), с модулем для лиц, страдающих опухолевым поражением костей (BM 22), отразилось влияние заболевания и его отдельных симптомов (боль, одышка, нарушения сна) на общее физическое состояние, работоспособность, различные стороны психической деятельности, включая эмоциональное состояние, ролевое социальное функционирование и другие важные стороны жизни пациентов, в совокупности характеризующие ее качество. Полученные статистически значимые различия по отдельным параметрам КЖ (шкальным оценкам опросников) показывают, что характер этого влияния отличается в отдельных нозологических группах. Как и ожидалось, основные отличия КЖ получены между больными с первичным опухолевым поражением костей (остеосаркома, ГКО и хондросаркома) – с одной стороны, и больными с метастазами в кости – с другой.

В дальнейшем, в соответствии с задачами исследования, с помощью методики ТОБОЛ был проведен сравнительный анализ типов отношения к болезни пациентов четырех нозологических групп.

В таблице 7 и на рисунке 1 представлены результаты сравнительного исследования типов отношения к болезни пациентов с опухолевым поражением костей (представлены только те типы отношения к болезни – шкальные показатели методики ТОБОЛ, по которым получены статистически значимые различия между группами больных).

Таблица 7 – Среднегрупповые значения ($M \pm m$) типов отношения к болезни пациентов с опухолью костей

Тип отношения к болезни (шкалы ТОБОЛ)	ОстеоСа n=41 A	ГКО n=30 B	ХондроСа n= 30 C	Mts n =17 D	p
Анозогнозический (А)	11,9±3,1	10,3±3,2	2±1,9	0	AC*** AD*** BC**BD**
Ипохондрический (И)	9,7± 1,2	9,4±1,8	11,1±1,5	13,9±2,4	AD*
Неврастенический (Н)	7,6± 0,9	9,9±1,3	8,2±1	9±2,8	AB*
Эгоцентрический (Э)	8,1± 0,8	11,1±1,1	9,4±0,9	9,8±1,9	AB**
Паранойяльный (П)	5,5± 0,8	7,2±0,9	5,5±0,9	6,3±1,8	AB*
Дисфорический (Д)	3,8± 0,8	5,9±1,3	3,1±0,8	4,8±2,5	AB* BC*

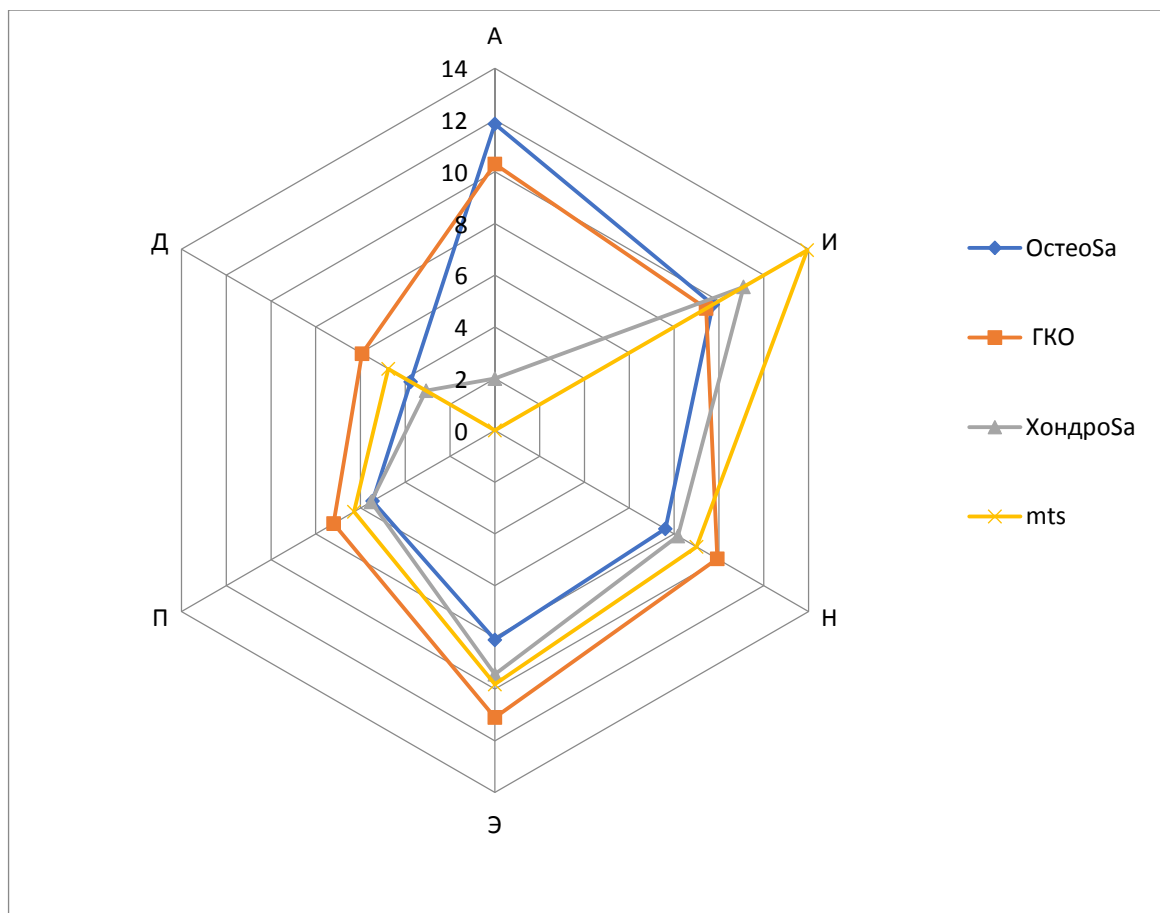


Рисунок 1 – Отношение к болезни пациентов с опухолевым поражением костей

Анализ результатов исследования показал, что во всех группах пациентов с опухолевым поражением костей более выражены эргопатический и сенситивный типы отношения к болезни, и различий по

этому параметру между группами не выявлено. Различия между группами пациентов проявились в том, что в группах пациентов с остеосаркомой и ГКО больше представлен анагнозический тип отношения к болезни, чем в группах пациентов с хондросаркомой и метастатическим поражением костей: больные с остеосаркомой и ГКО, в большей степени, чем пациенты других групп, склонны отбрасывать мысли о болезни и ее возможных последствиях, вплоть до отрицания очевидного; для них характерно желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь, а также легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающаяся на течении болезни.

Среди пациентов с метастазами более, чем среди больных с остеосаркомой, выражено реагирование на болезнь по ипохондрическому типу. Пациенты с метастазами склонны к чрезмерному сосредоточению на субъективных болезненных ощущениях. Для больных данной группы характерно сочетание желания лечиться и неверие в успех. Метастатическое поражение костей, относящееся к последней стадии заболевания, характеризуется, как правило, неблагоприятным прогнозом, кроме того, в обществе существует миф о том, что метастазы означают «смертный приговор». В связи с этим становится понятным неверие в успех лечения пациентов с метастатическим поражением костей.

Кроме того, полученные результаты позволяют заключить, что в группе пациентов с ГКО больше представлены неврастенический, эгоцентрический и паранойяльный типы отношения к болезни, чем среди больных остеосаркомой, что свидетельствует о склонности пациентов с ГКО вести себя по типу «раздражительной слабости» и искать «вторичную выгоду» от своего заболевания. Для больных данной группы свойственна уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла или недобросовестности, некомпетентности. Также среди пациентов с ГКО значимо более выражен дисфорический тип отношения к

болезни, чем в группе больных остеосаркомой и хондросаркомой: пациентам с ГКО свойственно мрачное настроение, зависть и агрессия по отношению к здоровым.

На следующем этапе исследования с помощью корреляционного анализа были изучены взаимосвязи показателей качества жизни и отношения к болезни в каждой из четырех нозологических групп.

Группа пациентов с остеосаркомой

Результаты изучения взаимосвязи параметров общего КЖЗ, полученных с помощью методики «Health Status Survey» (SF-36), с показателями отношения к болезни (методика ТОБОЛ) в группе пациентов с остеосаркомой представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Корреляционные связи основных параметров общего КЖЗ и отношения к болезни в группе пациентов с остеосаркомой

Показатели методик SF-36 и ТОБОЛ	GH	PF	RP	RE	SF	BP	VT	MH
Анозогнозический		.32*		.34*	.34*	.38*		
Тревожный		-.32*		-.39*	-.37*			-.40*
Ипохондрический	-.31*							-.35*
Неврастенический				-.34*	-.33*	-.31*	-.34*	-.53**
Апатический	-.36*			-.34*	-.47**	-.47**		
Сенситивный								-.33*
Эгоцентрический	-.33*				-.33*	-.35*		
Дисфорический			-.32*	-.37*			-.34*	-.35*

Примечание: в таблице 8 и далее приняты обозначения: GH – «Общее состояние здоровья»; PF – «Физическая активность»; RP – «Роль физических проблем»; RE – «Роль эмоциональных проблем»; SF – «Социальная активность»; BP – «Интенсивность боли»; VT – «Жизненная активность»; MH – «Психическое здоровье»; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Как видно из таблицы 8, показатель шкалы «Общее состояния здоровья» у больных остеосаркомой отрицательно коррелирует с показателями ипохондрического, апатического и эгоцентрического типов отношения к болезни. Следовательно, опираясь на представленные выше результаты сравнительного анализа, выявившего, что при одинаковом

соматическом статусе больные разных клинических групп характеризуются разным качеством жизни и при этом различаются по показателям отношения к болезни, можно допустить, что реагирование на болезнь по ипохондрическому, апатическому и эгоцентрическому типам, квалифицируемым как неадаптивные, существенно ухудшает субъективную оценку качества жизни, связанного с общим состоянием здоровья.

Показатель шкалы «Физическая активность» положительно коррелирует с показателем анозогнозического типа и отрицательно – с показателем тревожного типа отношения к болезни. Это свидетельствует о том, что у пациентов с остеосаркомой отрицание болезни или ее тяжести взаимосвязано со стремлением поддерживать прежний уровень физической активности без учета тех ограничений, которые накладывает заболевание. При этом подобное поведение не сопровождается тревогой или озабоченностью по поводу возможного вреда здоровью от повышенной физической активности.

Показатель шкалы «Роль физических проблем» отрицательно коррелирует с показателем дисфорического типа отношения к болезни: чем меньше физическое состояние ограничивает больных остеосаркомой в физической активности, тем ровнее их фон настроения, тем реже у них наблюдаются вспышки раздражительности и враждебности по отношению к окружающим.

Показатель шкалы «Роль эмоциональных проблем» положительно коррелирует с показателем анозогнозического типа отношения к болезни и отрицательно – с показателями тревожного, неврастенического, апатического и дисфорического типов: чем меньшей основное заболевание влияет на эмоциональное состояние пациента, тем больше он склонен отрицать его тяжесть и последствия, и тем менее ему свойственны спады и колебания настроения по тревожному типу, по типу «раздражительной слабости» или по типу потери интереса к происходящему и к себе. Такие же взаимосвязи

выявлены и для показателя шкалы «Социальная активность»: более высокому уровню социальной активности в условиях болезни соответствует большая выраженность анозогнозического типа отношения к болезни и меньшая – тревожного, неврастенического, апатического, а также эгоцентрического типов.

Показатель шкалы «Интенсивность боли» положительно коррелирует с показателем анозогнозического типа и отрицательно – с показателями неврастенического, апатического и эгоцентрического типов: чем меньше болевые ощущения ограничивают повседневную активность пациента, тем более он склонен игнорировать свою болезнь; одновременно большее влияние болезненных ощущений на жизненное функционирование больного сопровождается усилением астенических проявлений, раздражительности и, особенно, апатии и также может сопровождаться демонстративным стремлением вызвать сочувствие, привлечь внимания окружающих.

Показатель шкалы «Жизненная активность», отражающий субъективное представление больного о собственной энергии и активности, закономерно отрицательно коррелирует с показателями дезадаптивных типов отношения к болезни – неврастенического и дисфорического, а показатель шкалы «Психическое здоровье» также закономерно отрицательно коррелирует с показателями тревожного, ипохондрического неврастенического, сензитивного и дисфорического типов отношения к болезни.

В таблице 9 представлены результаты изучения взаимосвязи основных параметров КЖ, связанного с онкологическим заболеванием, в том числе непосредственно с опухолью костей, со шкальными оценками методики ТОБОЛ, характеризующими отношение к болезни пациентов с остеосаркомой.

Таблица 9 – Корреляционные связи основных параметров КЖ, связанного с опухолью костей, и отношения к болезни в группе пациентов с остеосаркомой

Показатели методик QLQ C-30 и ТОБОЛ	QL-2	PF-2	RF-2	EF	SF	BMPS	BMPC	BMFI	BMRA
Гармоничный					.36*				
Анозогностический		.65**	.41**	.33*	.52**	-.50**	-.34*	.44**	.48**
Ипохондрический		-.39*							-.34*
Меланхолический		-.36*							
Апатический		-.40*							
Дисфорический	-.34*						.33*		

Примечание: в этой таблице и далее приняты обозначения шкал: QL-2 – «Общее состояние здоровья»; PF-2 – «Физическая активность», RF-2 – «Ролевая активность»; EF – «Эмоциональная активность»; CF – «Когнитивная активность»; SF – «Социальная активность»; BMPS – «Локализация боли»; BMPC – «Характер боли»; BMFI – «Ограничения активности»; BMRA – «Психосоциальные аспекты».

Анализ результатов, представленных в таблице 9, показывает, что среди показателей КЖ наиболее насыщенным корреляционными связями является показатель «Физическая активность», который отрицательно коррелирует с показателями дезадаптивных типов отношения к болезни – ипохондрического, меланхолического и апатического типов. В соответствии с этим, получены данные о значительном количестве корреляционных связей с показателями КЖ анозогностического отношения к болезни. Шкальная оценка этого типа положительно коррелирует с такими показателями КЖ, как «Физическая активность», «Ролевая активность», а также «Ограничения активности» и «Психосоциальные аспекты», что в каждом из четырех случаев (см. примечание к таблице 6) свидетельствует о том, что в условиях онкологического заболевания реагирование на болезнь по типу отрицания сочетается у пациентов данной группы с сохранением физической и социальной активности. В то же время показатели анозогностического отношения к болезни закономерно снижаются при возрастании показателей интенсивности и распространенности болевых ощущений; одновременно подобное возрастание сопровождается усилением ипохондрических установок больных.

Группа пациентов с ГКО

Результаты изучения взаимосвязи параметров общего КЖЗ, полученных с помощью методики «Health Status Survey» (SF-36), а также КЖ, связанного с опухолевым поражением костей (методика QLQ C-30), с показателями отношения к болезни (методика ТОБОЛ) в группе пациентов с ГКО представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Корреляционные связи основных параметров общего КЖЗ, КЖ, связанного с опухолью костей, и показателей отношения к болезни в группе пациентов с ГКО

Показатели методик SF-36, QLQ C-30 и ТОБОЛ	RP	RE	VT	MH	QL-2	RF-2	EF	BMPS	BMPA
Гармоничный				.45*	.42**		.45**	-.39*	
Эргопатический		.53**					.49**		
Тревожный		-.51**		-.44*		-.48**	-.51**	.43*	
Ипохондрический	-.38*	-.38*				-.39*		.42*	
Неврастенический				-.38*			-.37*		
Апатический				-.41*				.50**	
Эгоцентрический		-.51**	-.39*			-.47**	-.37*		-.39*
Паранойяльный		-.47**							

Как можно видеть, в группе больных с ГКО наибольшее количество высоко значимых корреляционных связей имеет показатель общего КЖ «Роль эмоциональных проблем». Прямая корреляционная связь этого показателя с показателем эргопатического («уход в работу») типа отношения к болезни свидетельствует о том, что меньшее количество эмоциональных проблем имеют пациенты, компенсаторным образом стремящиеся сохранить прежний (доболезненный) профессиональный статус, характер и объем трудовой деятельности; одновременно эмоциональные проблемы закономерно нарастают у лиц с тревожным, ипохондрическим, эгоцентрическим и паранойяльным типами отношения к болезни.

Среди показателей КЖ, связанных непосредственно с опухолевым поражением костей, наибольшее количество связей с отношением к болезни выявлено для показателя «Эмоциональная активность»: сохранение

естественных эмоциональных связей, дифференцированный характер эмоционального реагирования в различных ситуациях сочетается с гармоничным и эргопатическим типами отношения к болезни; напротив, тревожное, неврастеническое (по типу «раздражительной слабости») и эгоцентрическое отношение к болезни обедняют характер эмоционального реагирования пациентов, фиксируя пациента на переживаниях, связанных с болезнью.

Аналогичные связи имеет показатель общего качества жизни «Психическое здоровье»: большему благополучию во всех сферах психической жизни соответствует гармоничный тип отношения к болезни; проблемы психического функционирования нарастают по мере увеличения роли тревожного, неврастенического и апатического компонентов в структуре отношения к онкологическому заболеванию. Успешность ролевого функционирования находится в обратном соотношении с выраженностью тревожного, ипохондрического и эгоцентрического типов отношения к болезни. Показатель, отражающий степень влияния локализованных болевых ощущений на КЖ больных, отрицательно коррелирует с показателем гармоничного типа отношения к болезни и положительно – с показателями тревожного, ипохондрического и, особенно, апатического типа отношения к болезни.

Группа пациентов с хондросаркомой

Результаты изучения взаимосвязи параметров общего КЖЗ, полученных с помощью методики «Health Status Survey» (SF-36), с показателями отношения к болезни (методика ТОБОЛ) в группе пациентов с хондросаркомой представлены в таблице 11.

Таблица 11 – Корреляционные связи основных параметров общего КЖЗ и отношения к болезни в группе пациентов с хондросаркомой

Показатели методик SF-36 и ТОБОЛ	PF	RP	RE	SF	BP	VT	MH
Эргопатический						.47**	.39*
Неврастенический							-.36*
Меланхолический				-.47**			-.47**
Апатический	-.42*	-.48**	-.41*	-.55**	-.45*	-.54**	-.63**
Сенситивный						-.42*	
Паранойяльный	-.47**	-.47**		-.59**	-.41*	-.60**	-.66**
Дисфорический	-.43*	-.52**		-.64**	-.57**	-.48**	-.61**

Результаты, представленные в таблице 11, показывают существенное отличие корреляционной структуры, полученной для больных хондросаркомой, по сравнению с корреляционными структурами больных остеосаркомой и ГКО. Обращает на себя внимание то, что все показатели КЖ, связанного со здоровьем, отрицательно коррелируют с показателем апатического типа отношения к болезни, объективируя тенденцию пациентов «опускать руки» в процессе лечения, неверие в его успех и безразличие к другим аспектам жизни. Подавляющее большинство показателей КЖ также отрицательно коррелируют с показателями паранойяльного и дисфорического типов: качество жизни в условиях болезни ухудшается на фоне подозрительного, раздражительного, деспотического отношения к лицам ближайшего социального окружения.

Наибольшее количество корреляционных связей с показателями отношения к болезни имеет показатель КЖ «Психическое здоровье»: гармоничный тип отношения к болезни сочетается с оптимальным уровнем психического здоровья; проблемы в этой сфере нарастают по мере увеличения неврастенического, меланхолического и, особенно, апатического, паранойяльного и деспотического компонентов отношения к болезни. В то же время очевидно, что выраженность дезадаптивных типов отношения к болезни может определяться нарушением психического статуса пациентов, находящихся в ситуации хронического эмоционального стресса болезни. Таким образом, выраженность психического неблагополучия и

дезадаптивных типов отношения к болезни могут иметь характер кольцевых зависимостей и потенцировать друг друга. То же можно сказать про выявленные высоко значимые отрицательные взаимосвязи показателя КЖ «Жизненная активность» с показателями апатического, паранойяльного, дисфорического, сензитивного типов отношения к болезни, с одной стороны, и положительную взаимосвязь с показателем гармоничного типа отношения, с другой стороны.

В таблице 12 представлены результаты изучения взаимосвязи основных параметров КЖ, связанного с онкологическим заболеванием, в том числе непосредственно с опухолью костей, с показателями отношения к болезни пациентов с хондросаркомой.

Таблица 12 – Корреляционные связи основных параметров КЖ, связанного с опухолью костей, и отношения к болезни в группе пациентов с хондросаркомой

Показатели методик QLQ C-30 и ТОБОЛ	QL-2	EF	CF	SF	BMPS	BMPC	BMFI	BMPIA
Эргопатический	.41*							
Неврастенический		-.48*						
Апатический	-.67**	-.58**			.47*	.56**	-.48*	
Эгоцентрический		-.38*						
Паранойяльный	-.53**	-.48*		-.45*	.58**	.57**	-.64**	-.49*
Дисфорический	-.64**	-.64**	-.51**	-.41*	.66**	.60**	-.53**	-.49*

Также, как в случае показателей КЖ, связанного с общим статусом здоровья, в структуре корреляционных связей показателей КЖ, связанных с онкологическим поражением опорно-двигательного аппарата, доминируют взаимосвязи с паранойяльным и дисфорическим типами отношения к болезни, которые относятся к дезадаптивным типам интерпсихической направленности (Вассерман, Карпова, Иовлев и др., 2014), то есть направленности на внешнее окружение, которое воспринимается как враждебное, что порождает подозрительность, агрессивность, деспотичность или зависть к ближайшему окружению. Следует отметить, что эти тенденции нарастают с усилением и расширением зоны болевых ощущений, о чем

свидетельствуют соответствующие высоко значимые положительные взаимосвязи между показателями паранойяльного и дисфорического типов отношения к болезни, с одной стороны, и показателями КЖ ««Локализация боли» и «Характер боли», с другой.

Группа пациентов с метастатическим поражением костей

Результаты изучения взаимосвязи параметров общего КЖЗ, полученных с помощью методики «Health Status Survey» (SF-36), с показателями отношения к болезни (методика ТОБОЛ) в группе пациентов с метастатическим поражением костей представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Корреляционные связи основных параметров общего КЖЗ и отношения к болезни в группе пациентов с метастазами в кости

Показатели методик SF-36 и ТОБОЛ	GH	RP	RE	SF	BP	VT	MH
Гармоничный						.65**	
Эргопатический		.58*		.56*		.70**	.58*
Анагнозический		.50*				.50*	
Тревожный		-.49*	-.71**				-.55*
Ипохондрический	-.56*		-.54*	-.49*		-.58*	-.51*
Неврастенический			-.70**	-.59*	-.51*	-.51*	-.77**
Меланхолический		-.52*	-.60*	-.73**	-.71**	-.87**	-.85**
Апатический	-.51*			-.50*		-.73**	-.63**
Сенситивный			-.56*				
Паранойяльный			-.53*	-.51*			

Как показано в таблице 13, в группе больных с метастатическим поражением костей выявлено большее количество корреляционных связей между показателями КЖ и показателями отношения к болезни. Наиболее насыщенными корреляционными связями с показателями отношения к болезни являются следующие показатели КЖ, связанного с общим состоянием здоровья: «Жизненная активность», «Роль эмоциональных проблем», «Социальная активность», «Психическое здоровье». Во всех случаях получены отрицательные корреляции показателей КЖ с показателями дезадаптивных типов отношения к болезни (ипохондрический,

неврастенический, меланхолический типы) и практически во всех случаях – положительные корреляции с показателями адаптивных типов (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы), особенно это касается показателя «Жизненная активность», который коррелирует со всеми адаптивными типами. Содержательный анализ результатов корреляционного анализа позволяет заключить, что ощущение себя полными сил и энергии соотносится у пациентов данной группы с оптимистическим отношением к жизни, с оценкой своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни, а также с «уходом от болезни в работу» и активным отбрасыванием мыслей о болезни. Ощущению себя обессиленными в группе пациентов с метастатическим поражением костей соответствует преувеличение тяжести болезни, вспышки раздражения, особенно при болях, тоскливое настроение или безразличие к исходу болезни. Важно отметить также, что показатель, отражающий влияние интенсивности болевых ощущений на качество жизни больных (показатель ВР), отрицательно коррелирует лишь с двумя показателями отношения к болезни: чем больше боль влияет на КЖ, тем больше в структуре отношения к болезни представлены депрессивные переживания и астенические проявления (проявления «раздражительной слабости»).

Результаты изучения взаимосвязи показателей специализированного опросника КЖ для пациентов с онкологической патологией и показателей отношения к болезни пациентов с метастазами в кости представлены в таблице 14.

Таблица 14 – Корреляционные связи основных параметров КЖ, связанного с опухолью костей, и отношения к болезни в группе пациентов с метастатическим поражением костей

Показатели методик QLQ C-30 и ТОБОЛ	QL-2	RF-2	EF	CF	BMFI	ВМРА
Эргопатический		.53*	.65**			
Анозогнозический						.53*
Тревожный	-.65**		-.56*			
Ипохондрический	-.54*	-.56*	-.49**	-.52*		
Неврастенический	-.77**		-.75**	-.65*	-.54*	
Меланхолический	-.66**	-.60*	-.77**	-.74*	-.54*	
Апатический		-.57*	-.57*	-.50*		
Сенситивный	-.56*					
Эгоцентрический	-.48*					
Паранойяльный	-.50*					

Как и в случае с показателями КЖ, связанного с общим состоянием здоровья (таблица 13), показатели специализированного опросника КЖ положительно коррелируют с показателями эргопатического и анозогнозического типов отношения к болезни, не приводящих к существенным нарушениям социальной адаптации больных и имеющих очевидное защитно-психологическое значение («уход в работу» и отрицание болезни), и отрицательно коррелируют с показателями дезадаптивных типов; особенно это касается показателя «Общее состояние здоровья» и показателя «Эмоциональная активность»: чем хуже пациенты оценивают КЖ в связи с общим состоянием здоровья и хронической подавленностью, тем больше в их отношении к болезни представлены тревожные, ипохондрические, астенические, депрессивные и апатические компоненты.

Таким образом, проведенный корреляционный анализ показателей методик, направленных на оценку общего и связанного с опухолью костей КЖ, с одной стороны, и показателей методики ТОБОЛ, свидетельствующих о выраженности отдельных компонентов в структуре отношения к болезни, с другой стороны, позволил выявить общие и специфические для каждой из четырех нозологических групп взаимосвязи показателей КЖ и отношения к болезни пациентов с опухолевым поражением костей.

Общим для всех нозологических групп оказалось значительное количество корреляционных связей между показателями качества жизни и отношения к болезни. В тоже время определены некоторые специфические особенности корреляционных структур в каждой из четырех групп пациентов с опухолевым поражением костей.

Наибольшее количество связей обнаружено в группе больных с метастатическим поражением костей, что, вероятно, связано, как с более выраженными нарушениями КЖ, так и с большей эмоциональной насыщенностью переживания болезни и ее последствий в этой группе больных по сравнению с другими группами пациентов. Практически все показатели качества жизни, связанного с общим состоянием здоровья (показатели методики SF-36), отрицательно коррелируют с показателем меланхолического (депрессивного) типа отношения к болезни, при этом показатели «Социальная активность», «Интенсивность боли», «Жизненная активность» и «Психическое здоровье» коррелируют с названным типом отношения к болезни на очень высоком уровне статистической значимости, еще раз демонстрируя взаимосвязь и взаимообусловленность изучаемых психологических феноменов: чем хуже качество жизни пациентов по ряду основных параметров, тем мрачнее оценка состояния собственного здоровья и перспектив лечения, и наоборот, депрессивное восприятие состояния здоровья обуславливает негативное восприятие собственного качества жизни. Эти закономерности проявились и при изучении взаимосвязей показателей отношения к болезни и показателей качества жизни, связанного непосредственно с опухолевым поражением костей (показатели методики QLQ C-30): показатель качества жизни «Общее состояние здоровья» отрицательно коррелирует со всеми негативно окрашенными типами отношения к болезни (тревожным, меланхолическим, ипохондрическим и др.).

Отличительной особенностью корреляционных связей, полученных в группе больных остеосаркомой, является выраженное преобладание в их

структуре связей анозогнозического типа отношения к болезни с различными показателями КЖ: чем интенсивнее пациенты отрицают наличие у себя тяжелой жизнеопасной болезни и стремятся вести прежний образ жизни, без ограничений, связанных с лечением, тем выше их субъективная оценка различных аспектов качества жизни. Среди показателей КЖ, наиболее насыщенным корреляционными связями оказался показатель «Физическая активность»: снижение физической активности в связи с заболеванием сопровождается усилением ипохондрического, меланхолического и апатического отношения к болезни.

В группе больных с ГКО получено наименьшее количество корреляционных связей между показателями КЖ и показателями отношения к болезни по сравнению с другими группами пациентов. Отличительной особенностью корреляционной структуры в данной группе пациентов является равномерное распределение связей отдельных показателей КЖ с показателями типов отношения к болезни при незначительном преобладании количества связей у показателей «Роль эмоциональных проблем» и «Эмоциональная активность», каждый из которых высоко статистически значимо положительно коррелирует с показателем адаптивного эргопатического типа отношения к болезни, а также отрицательно – с показателями дезадаптивных типов.

В группе больных пациентов с хондросаркомой отмечается явное преобладание высоко статистически значимых отрицательных корреляций различных параметров КЖ (КЖ, связанного, как с общим состоянием здоровья, так и с опухолевым поражением костей) с показателями дезадаптивных типов отношения к болезни – показателями паранойяльного и дисфорического типов. Это свидетельствует о том, что именно при этой нозологической форме опухолевого поражения костей отношение к членам микросоциального окружения и отношение к людям в целом в наибольшей степени определяет удовлетворенность состоянием собственного здоровья и

связанным с ним качеством жизни; и наоборот, чем хуже объективные показатели КЖЗ (интенсивность и распространенность болей, ограничение физической активности), тем негативнее окрашено отношение к окружающим с преобладанием в нем подозрительности, нетерпимости, раздражительности, требовательности. Одновременно значительное число показателей КЖ отрицательно коррелирует с показателями апатического типа отношения к болезни. Таким образом, именно в группе больных хондрасаркомой, несмотря на не самые худшие объективные показатели соматического статуса (таблица 2) и не самые плохие показатели КЖ по сравнению с пациентами других групп (таблицы 5 и 6), отмечаются наиболее тесные связи КЖ с дезадаптивными типами отношения к болезни, как интерпсихической направленности (паранойяльный и дисфорический типы – типы в основе которых лежат нарушенные межличностные отношения), так и интрапсихической направленности (апатический тип, характеризующийся неверием в успех лечения и утратой интереса к жизни) (Вассерман, Карпова, Иовлев и др., 2014).

Заключение

В настоящее время существует многообразие понятий и психологических конструктов, отражающих субъективную составляющую клинической картины заболевания, возможные реакции личности на болезнь, личностный смысл заболевания и удовлетворенность качеством жизни в условиях болезни. Такого рода конструкты создаются не только для теоретического осмысления взаимоотношений личности и болезни. Они имеют существенное практическое значение для целей психотерапии, направленной на изменение неадекватных реакций личности на болезнь, создание у больных реалистических установок на лечение, восстановление социальных связей в ближайшем и более широком окружении. Согласно представлениям современной личностно-ориентированной

(реконструктивной) психотерапии, являющейся развитием патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева, основой для достижения психотерапевтического эффекта является изменение отношения больного к заболеванию. Именно понятие отношения к болезни является в наибольшей степени способным обобщенно отразить психологическое содержание «внутренней картины болезни», интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется ВКБ: знание о болезни, понимание роли и влияния болезни на социальное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью. Для медицинской психологии понятие отношения к болезни является одним из важнейших в системе отношений личности, а также важным компонентом психологической адаптации. Отношение личности к болезни выступает как отражение мыслей и поведения больного, его эмоционального состояния и отношения с окружающими людьми. Выработанное пациентом определенное отношение к болезни влияет на течение заболевания, лечение и медицинский прогноз.

Проведенное исследование позволило выявить определенные особенности отношения к болезни при опухолевом поражении костей. Большинство пациентов с этим видом патологии имеют лишь самое общее представление о своем заболевании; преимущественная реакция на постановку диагноза – «отрицание»; зонами наибольшей социальной фрустрированности с начала заболевания являются «здоровье» и «работоспособность»; преимущественный характер реагирования на психотравмирующую ситуацию болезни – астенический. В то же время выявляются нозоспецифические особенности отношения к болезни и лечению при различных формах первичного и вторичного (метастатического) опухолевого поражения костей, которые могут стать конкретными «мишенями» психотерапевтического вмешательства. К таким «мишеням», в частности, можно отнести преобладающий в группе больных с метастатическим поражением костей ипохондрический тип отношения к

болезни, для которого характерна длительная и упорная идеаторная разработка концепции заболевания – его происхождения, прогноза и др., а также преимущественно тревожный или депрессивный фон настроения, сочетание стремления лечиться и неверие в успех. Для пациентов с ГКО больше, чем для пациентов других групп, характерны неврастенический («раздражительная слабость»), а также эгоцентрический и паранойяльный типы отношения к болезни – дезадаптивные типы интерпсихической направленности (Вассерман, Карпова, Иовлев и др., 2014). Можно предположить, что названные типы отношения к болезни могут быть сформированы в условиях реального онкологического заболевания по невротическим механизмам в связи с укоренившимися нарушенными межличностными отношениями или внутрличностными конфликтами. Очевидно, что в этих случаях (больные с метастазами в кости и больные с ГКО) психотерапевтическая тактика будет различной.

То же можно сказать о субъективной оценке качества жизни больных с опухолевым поражением костей, отраженную в шкальных оценках международных инструментов для изучения КЖЗ. Наиболее низкие показатели качества жизни получены в группе больных с метастатическим поражением костей, которые имеют существенно более неблагоприятный объективный соматический статус и прогноз лечения. При первичном опухолевом поражении, несмотря на схожесть клинической картины, ее динамики и прогноза, пациенты, страдающие разными формами новообразований костей, по-разному переживают ситуацию болезни, оценивают свое физическое и психическое состояние, социальное взаимодействие и, в целом, качество жизни. Проведенное исследование выявило следующие различия в субъективной оценке качества жизни пациентами с различными нозологическими формами злокачественных новообразований костей: (1) субъективная оценка общего состояния здоровья у больных остеосаркомой лучше, чем у пациентов с ГКО; (2) физическая и

социальная активность больных ГКО в наибольшей степени ограничена в связи с заболеванием, по сравнению с больными остео- и хондросаркомой; (3) больные ГКО имеют более выраженные трудности в психосоциальных аспектах жизни, их финансовые затруднения более значимые, чем пациентов с саркомой костей; (4) пациенты с ГКО характеризуются более выраженными болевыми ощущениями, чем больные остео- и хондросаркомой, которые негативным образом отражаются на их субъективной оценке качества жизни. Полученные данные определяют необходимость разработки индивидуализированных программ психологической помощи лицам, страдающим опухолевым поражением костей, тем более что его разные нозологические формы характерны для разных возрастных периодов, каждый из которых характеризуется собственными представлениями о качестве жизни.

Результаты изучения взаимосвязи качества жизни и отношения к болезни, в свою очередь, могут дополнить и развить представления медицинской психологии о механизмах адаптации личности к тяжелой ситуации онкологического заболевания.

Список использованных источников

- Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск: КГМУ, 2011. – С. 424-449.
- Вассерман Л.И., Березин М.А., Иовлев Б.В. Психологическая диагностика уровня социальной фрустрированности // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / науч. ред. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – С. 187-210.
- Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – С. 103-115.
- Вассерман Л.И., Карпова Э.Б., Иовлев Б.В., Вукс А.Я. Психологическая диагностика типов отношения к болезни // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / Науч. ред. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – С. 260-298.

- Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // Сибирский психологический журнал. – 2007. – Т. 26. – С. 112-119.
- Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение. – СПб. – М.: Изд. Центр «Академия», 2004. – 736 с.
- Демин Е.В., Чулкова В.А. Качество жизни больных раком молочной железы как социально-психологическая проблема // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Л., 1990. – С. 126-129.
- Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. – СПб.: «Сенсор», 1999. – 76 с.
- Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Качество жизни онкологических больных // Вопросы онкологии. – 1998. – № 6. – С. 749-752.
- Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова // Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 2000. – С. 231-239.
- Мясищев В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев; под ред. А.А. Бодалева. – М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2003. – 400 с.
- Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. Акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
- Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Виноградова Ю.Н., Ильин Н.В. Отношение к болезни пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания // Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 59. – № 2. – С. 116-120.
- Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях // Сборник научных трудов. – Т. 127. – Л.: Изд. Лен. НИПНИ им В.М. Бехтерева / под общ. редакцией М.М. Кабанова, 1990. – 172 с.
- Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / Под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический проект, 2009. – 311 с.
- Aaronson N.K., Meyerowitz B.E., Bard M. Quality of life research in oncology // Cancer (Philad). – 1991. – Vol. 67. – Pp. 839-843.
- Aksnes L.H., Bauer H.C., Jebsen N.L., Follerås G., Allert C., Haugen G.S., Hall K.S. Limb-sparing surgery preserves more function than amputation: a Scandinavian sarcoma group study of 118 patients // J. Bone Joint Surg. Br. – 2008 – Vol. 90(6). – Pp. 786-794.
- Bekkering W.P., Vlieland T.P., Koopman H.M., Schaap G.R., Schreuder H.W., Beishuizen A., Tissing W.J., Hoogerbrugge P.M., Anninga J.K., Taminiau A.H. Quality of life in young patients after bone tumor surgery around the knee joint and comparison with healthy controls // Pediatr Blood Cancer. – 2010. – Vol. 54(5). – Pp. 738-745.
- Dubashi B., Vidhubala E., Cyriac S., Sagar TG. Quality of life among young women with breast cancer: Study from a tertiary institute in south India // Indian J. Cancer. – 2010. – Vol. 47. – Pp. 142-147.
- Eiser C., Darlington A.E., Stride S.B., Grimer R. J. Quality of life implications as a consequence of surgery: limb salvage, primary and secondary amputation // Sarcoma. – 2001. – Vol. 5. – P. 189-195.
- Eiser C., Grimer R.J. Quality of life in survivors of a primary bone tumor: a systematic review // Sarcoma. – 1999. – Vol. 4. – P. 183-190.

- Fagundes C.P., Lindgren M.E., Kiecolt-Glaser J.K. Psychoneuroimmunology and cancer: Incidence, Progression, and Quality of life // Psychological aspects of cancer. – 2013. – New York: Springer science, LLC. – Pp. 1-11.
- Johansen R., Nielsen O.S., Keller J. Functional outcome in sarcomas treated with limb-salvage surgery or amputation // Sarcoma. – 1998. – Vol. 2(1). – Pp. 19-23.
- Koller M., Lorenz W. Quality of life: a deconstruction for clinicians // J. R. Soc. Med. – 2002. – Vol. 95. – Pp. 481-488.
- Mason G.E., Aung L., Gall S., Meyers P.A., Butler R., Krüg S., Kim M., Healey J.H., Gorlick R. Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma // Front. Oncol. – 2013. – Vol. 14. – Pp. 3-210.
- Merinsky O., Kollender Y., Inbar M. et al. Palliative major amputation and quality of life in cancer patients // Acta Oncology. – 1997. – Vol. 36 (2). – Pp. 151-157.
- Morishige M., Muramatsu K., Tominaga Y. Surgical treatment of metastatic femoral fractures: achieving an improved quality of life for cancer patients // Anticancer Res. – 2015. – Jan. – Vol. 35(1). – Pp. 427-432.
- Osoba D. Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology // J. Clin. Oncol. – 1994. – Vol. 12. – Pp. 608-616.
- Paredes T., Pereira M., Moreira H., Simões M.R., Canavarro M.C. Quality of life of sarcoma patients from diagnosis to treatments: predictors and longitudinal trajectories // Eur. J. Oncol. Nurs. – 2011. – Vol. 15(5). – Pp. 492-499.
- Perisano C., Scaramuzza L., De Santis V. Quality of life following surgical treatment of lower limb metastases in long bone // J. Biol. Regul. Homeost. Agents. – 2015. – Apr-Jun. – Vol. 29(2). – Pp. 501-507.
- Robert R.S., Ottaviani G., Huh W.W., Palla S., Jaffe N. Psychosocial and functional outcomes in long-term survivors of osteosarcoma: a comparison of limb-salvage surgery and amputation // Pediatr Blood Cancer. – 2010. – Jul. – Vol. 54(7). – Pp. 990-999.
- Tineke V. Denial and Quality of Life in Lung Cancer Patients. – Amsterdam, 2009. – P. 10.
- van Riel C.A., Meijer-van den Bergh E.E., Kemps H.L., Feuth T., Schreuder H.W., Hoogerbrugge P.M., De Groot I.J., Mavinkurve-Groothuis A.M. Self-perception and quality of life in adolescents during treatment for a primary malignant bone tumour // Eur. J. Oncol. Nurs. – 2014. – Vol. 18(3). – Pp. 267-272.
- Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.
- Yellen S.B., Cella D.F., Bolomi A. Quality of life in people with Hodgkin's disease // Oncology. – 1993. – Vol. 7. – P. 41.
- Yonemoto T., Ishii T., Takeuchi Y., Kimura K., Hagiwara Y., Iwata S., Tatzaki S.-I. Evaluation of Quality of Life (QOL) in Long-term Survivors of High-grade Osteosarcoma: A Japanese Single Center Experience // Anticancer Research. – 2007. – Vol. 27. – Pp. 3621-3624.

References

- Vasilenko T.D. Zhiznennyi put' lichnosti: vremia i smysl chelovecheskogo bytiia v norme i pri somaticheskoi patologii [The way of life of a person: time and meaning of human being in normal state and in state of physical disease]. – Kursk: KGMU, 2011. – Pp. 424-449. (In Russian)

- Vasserman L.I., Berebin M.A., Iovlev B.V. Psikhologicheskaja diagnostika urovnia sotsial'noi frustrirovannosti // Psikhologicheskaja diagnostika rasstroistv emotsional'noi sfery i lichnosti: Kollekt. monogr. [Psychological diagnostics of social frustration level // Psychological diagnostics of emotional and personal disorders] / nauch. red. Vasserman L.I., Shchelkova O.Iu. – St. Petersburg: Skifiia-print Publ., 2014. – Pp. 187-210. (In Russian)
- Vasserman L.I., Gromov S.A., Mikhailov V.A., Ljunnik S.D., Flerova I.L. Kontseptsii reabilitatsii i kachestva zhizni: preemstvennost' i razlichii v sovremennykh podkhodakh [Rehabilitation and quality of life concept: continuity and differences in contemporary methods] // Psikhosotsial'naja reabilitatsiia i kachestvo zhizni. – St. Petersburg, 2001. – Pp. 103-115. (In Russian)
- Vasserman L.I., Karpova E.B., Iovlev B.V., Vuks A.Ia. Psikhologicheskaja diagnostika tipov otnosheniia k bolezni // Psikhologicheskaja diagnostika rasstroistv emotsional'noi sfery i lichnosti: Kollekt. monogr. [Psychological diagnostics of attitude to disease types // Psychological diagnostics of emotional and personal disorders] / Nauch. red. Vasserman L.I., Shchelkova O.Iu. – St. Petersburg: Skifiia-print Publ., 2014. – Pp. 260-298. (In Russian)
- Vasserman L.I., Trifonova E.A. Diskussionnye voprosy kontseptualizatsii i metodologii issledovaniia kachestva zhizni v meditsine [Debating issues of conceptualization and methodology of quality of life research in medicine] // Sibirskii psikhologicheskii zhurnal. – 2007. – T. 26. – Pp. 112-119. (In Russian)
- Vasserman L.I., Shchelkova O.Iu. Meditsinskaia psikhodiagnostika: teoriia, praktika, obuchenie [Medical Psychodiagnosics: Introduction to Theory, Practice and Training]. – St. Petersburg – Moscow: Izd. Tsentr «Akademiia», 2004. – 736 p. (In Russian)
- Demin E.V., Chulkova V.A. Kachestvo zhizni bol'nykh rakom molochnoi zhelezy kak sotsial'no-psikhologicheskaja problema // Psikhologicheskaja diagnostika otnosheniia k bolezni pri nervno-psikhicheskoi i somaticheskoi patologii [Quality of life in patients with breast cancer as social and psychological problem // Psychological diagnostics of attitude to disease in psychiatric and physical disease]. – Leningrad, 1990. – Pp. 126-129. (In Russian)
- Iovlev B.V., Karpova E.B. Psikhologiiia otnoshenii. Kontseptsiiia V.N. Miasishcheva i meditsinskaia psikhologiiia [Psychology of relationship. V.N. Myasishev concept and medical psychology]. – St. Petersburg: «Sensor» Publ., 1999. – 76 p. (In Russian)
- Ionova T.I., Novik A.A., Sukhonos Iu.A. Kachestvo zhizni onkologicheskikh bol'nykh [Quality of life in oncological patients] // Voprosy onkologii. –1998. – № 6. – Pp. 749-752. (In Russian)
- Lichnostno-orientirovannaja (rekonstruktivnaja) psikhoterapiia Karvasarskogo, Isurinoi, Tashlykova [Personal-oriented (reconstructive) psychotherapy by Karvasarsky, Isurina, Tashlykov] // Psikhoterapevticheskaja entsiklopediia / Pod obshch. red. B.D. Karvasarskogo. – St. Petersburg: Piter Kom Publ., 2000. – Pp. 231-239. (In Russian)
- Miasishchev V.N. Psikhologiiia otnoshenii [Psychology of relationship] / V.N. Miasishchev; pod red. A.A. Bodaleva. – Moscow: MPSI; Voronezh: NPO «MODEK», 2003. – 400 p. (In Russian)

- Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniuu kachestva zhizni v meditsine [Guidance on research of quality of life in medicine]. 2-e izdanie / Pod red. Akad. RAMN Iu.L. Shevchenko. – Moscow: ZAO «OLMA Media Grupp», 2007. – 320 p. (In Russian)
- Pestereva E.V., Chulkova V.A., Vinogradova Iu.N., Il'in N.V. Otnoshenie k bolezni patsientov so zlokachestvennymi limfomami na razlichnykh etapakh zabolevaniia [Attitude to disease in patients with malignant lymphomas on the different stages of disease] // Voprosy onkologii. – 2013. – T. 59. – № 2. – Pp. 116-120. (In Russian)
- Psikhologicheskaiia diagnostika otnosheniia k bolezni pri nervno-psikhicheskikh i somaticheskikh zabolevaniiax [Psychological diagnostics of attitude to disease in psychiatric and physical disease] // Sbornik nauchnykh trudov. – T. 127. – Leningrad: Izd. Len. NIPNI im V.M. Bekhtereva / pod obshch. redaktsiei M.M. Kabanova, 1990. – 172 p. (In Russian)
- Psikhosomatika: telesnost' i kul'tura [Psychosomatics: corporeality and culture]: Uchebnoe posobie dlia vuzov / Pod red. V.V. Nikolaevoi. – Moscow: Akademicheskii proekt, 2009. – 311 p. (In Russian)
- Aaronson N.K., Meyerowitz B.E., Bard M. Quality of life research in oncology // Cancer (Philad). – 1991. – Vol. 67. – Pp. 839-843.
- Aksnes L.H., Bauer H.C., Jebsen N.L., Follerås G., Allert C., Haugen G.S., Hall K.S. Limb-sparing surgery preserves more function than amputation: a Scandinavian sarcoma group study of 118 patients // J. Bone Joint Surg. Br. – 2008 – Vol. 90(6). – Pp. 786-794.
- Bekkering W.P., Vlieland T.P., Koopman H.M., Schaap G.R., Schreuder H.W., Beishuizen A., Tissing W.J., Hoogerbrugge P.M., Anninga J.K., Taminiau A.H. Quality of life in young patients after bone tumor surgery around the knee joint and comparison with healthy controls // Pediatr Blood Cancer. – 2010. – Vol. 54(5). – Pp. 738-745.
- Dubashi B., Vidhubala E., Cyriac S., Sagar TG. Quality of life among young women with breast cancer: Study from a tertiary institute in south India // Indian J. Cancer. – 2010. – Vol. 47. – Pp. 142-147.
- Eiser C., Darlington A.E., Stride S.B., Grimer R. J. Quality of life implications as a consequence of surgery: limb salvage, primary and secondary amputation // Sarcoma. – 2001. – Vol. 5. – P. 189-195.
- Eiser C., Grimer R.J. Quality of life in survivors of a primary bone tumor: a systematic review // Sarcoma. – 1999. – Vol. 4. – P. 183-190.
- Fagundes C.P., Lindgren M.E., Kiecolt-Glaser J.K. Psychoneuroimmunology and cancer: Incidence, Progression, and Quality of life // Psychological aspects of cancer. – 2013. – New York: Springer science, LLC. – Pp. 1-11.
- Johansen R., Nielsen O.S., Keller J. Functional outcome in sarcomas treated with limb-salvage surgery or amputation // Sarcoma. – 1998. – Vol. 2(1). – Pp. 19-23.
- Koller M., Lorenz W. Quality of life: a deconstruction for clinicians // J. R. Soc. Med. – 2002. – Vol. 95. – Pp. 481-488.
- Mason G.E., Aung L., Gall S., Meyers P.A., Butler R., Krüg S., Kim M., Healey J.H., Gorlick R. Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma // Front. Oncol. – 2013. – Vol. 14. – Pp. 3-210.
- Merinsky O., Kollender Y., Inbar M. et al. Palliative major amputation and quality of life in cancer patients // Acta Oncology. – 1997. – Vol. 36 (2). – Pp. 151-157.

- Morishige M., Muramatsu K., Tominaga Y. Surgical treatment of metastatic femoral fractures: achieving an improved quality of life for cancer patients // *Anticancer Res.* – 2015. – Jan. – Vol. 35(1). – Pp. 427-432.
- Osoba D. Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology // *J. Clin. Oncol.* – 1994. – Vol. 12. – Pp. 608-616.
- Paredes T., Pereira M., Moreira H., Simões M.R., Canavarro M.C. Quality of life of sarcoma patients from diagnosis to treatments: predictors and longitudinal trajectories // *Eur. J. Oncol. Nurs.* – 2011. – Vol.15(5). – Pp. 492-499.
- Perisano C., Scaramuzza L., De Santis V. Quality of life following surgical treatment of lower limb metastases in long bone // *J. Biol. Regul. Homeost. Agents.* – 2015. – Apr-Jun. – Vol. 29(2). – Pp. 501-507.
- Robert R.S., Ottaviani G., Huh W.W., Palla S., Jaffe N. Psychosocial and functional outcomes in long-term survivors of osteosarcoma: a comparison of limb-salvage surgery and amputation // *Pediatr Blood Cancer.* – 2010. – Jul. – Vol. 54(7). – Pp. 990-999.
- Tineke V. Denial and Quality of Life in Lung Cancer Patients. – Amsterdam, 2009. – P. 10.
- van Riel C.A., Meijer-van den Bergh E.E., Kemps H.L., Feuth T., Schreuder H.W., Hoogerbrugge P.M., De Groot I.J., Mavinkurve-Groothuis A.M. Self-perception and quality of life in adolescents during treatment for a primary malignant bone tumour // *Eur. J. Oncol. Nurs.* – 2014. – Vol. 18(3). – Pp. 267-272.
- Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.
- Yellen S.B., Cella D.F., Bolomi A. Quality of life in people with Hodgkin's disease // *Oncology.* – 1993. – Vol. 7. – P. 41.
- Yonemoto T., Ishii T., Takeuchi Y., Kimura K., Hagiwara Y., Iwata S., Tatezaki S.-I. Evaluation of Quality of Life (QOL) in Long-term Survivors of High-grade Osteosarcoma: A Japanese Single Center Experience // *Anticancer Research.* – 2007. – Vol. 27. – Pp. 3621-3624.