

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ

Е.Б. Усманова¹, Е.А. Сушенцов², О.Ю. Щелкова¹

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

² ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина», г. Москва

Ключевые слова: качество жизни, опухоли костей, SF-36, QLQ-C30, BM 22

Цель работы. Провести анализ качества жизни больных с остеосаркомой, хондросаркомой, гигантоклеточной опухолью и метастазами в кости скелета.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2015 г. получены данные психологического исследования 119 пациентов с опухолевым поражением костей. Пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от диагноза: больные остеосаркомой (41 человек), пациенты с гигантоклеточной опухолью (31 человек), больные хондросаркомой (30 человек) и пациенты с метастазами в кости скелета светлоклеточного рака почки (аденокарцинома) (17 человек). В исследовании применялись методики «SF-36 Health Status Survey», EORTC QLQ-C30 с дополнительным модулем BM 22, «Устойчивое состояние», «Тип отношения к болезни», «Способы совладающего поведения».

Результаты. Больные с метастатическим поражением костей отличаются сниженным качеством жизни по сравнению с пациентами, у которых диагностировано первичное опухолевое поражение костей. Для всей группы больных с первичным опухолевым поражением костей характерна повышенная тревожность, низкая эмоциональная устойчивость и реагирование на болезнь «уходом в работу».

Заключение. Больные с метастатическим поражением костей отличаются сниженным качеством жизни по параметрам общего состояния здоровья, интенсивности боли и утомляемости по сравнению с больными остеосаркомой, хондросаркомой и ГКО ($p < 0,05$), что соответствует объективному соматическому статусу данных групп больных. Эмоциональный статус пациентов с метастазами в кости был выше, чем в других группах ($p < 0,05$), что связано с высоким уровнем вовлеченности в лечебный процесс.

Введение

Опухоли костей относятся к редким и гетерогенным заболеваниям опорно-двигательного аппарата. Первичные злокачественные опухоли костей относятся к редким новообразованиям человека и в структуре онкологической заболеваемости составляют менее 1%, в России ежегодно выявляется около 1500 первичных сарком костей. В то же время частота метастатического поражения скелета остается высокой, у 60–70% онкологических больных развиваются метастазы в кости.

С начала 1970-х гг. отмечается рост выживаемости больных с опухолями костей [20]. Благодаря современной химиотерапии, совершенствованию методов диагностики опухолей костей и успехам онкологической ортопедии в настоящее время большинство пациентов могут быть излечены, при этом органосохраняющее лечение удастся провести более

чем в 80% случаев, что делает актуальным вопрос о качестве жизни данной группы больных.

Проблема качества жизни онкологических больных является широко обсуждаемой темой в современной науке. Общее состояние пациента может быть осложнено основными проявлениями болезни или побочными эффектами после проведенного лечения [17]. В течение последних десятилетий отмечается рост числа исследований, посвященных связанному со здоровьем качеству жизни больных [1, 15–19]. Особенно выделяется интерес исследователей к качеству жизни и внутренней картине болезни онкологических больных в связи с объективной тяжестью заболевания, витальной угрозой, нередко сопровождающей болезненный процесс, и частотой распространения психологических трудностей среди онкологических пациентов [1]. В понятии качества жизни, связанного со здоровьем, представлены все основные параметры функционирования человека — физические, психологические, социальные [2, 3]. Не менее важным показателем в процессе лечения и реабилитации онкологических больных выступает отношение к своему заболеванию, кото-

Адрес для корреспонденции

Усманова Е.Б.

E-mail: usmanovakote@yandex.ru

рое является значимым компонентом «внутренней картины болезни» и во многом определяет комплаентность больного, которая, в свою очередь, выступает значимым фактором эффективности лечения и выживаемости больных [4–7]. С увеличением продолжительности жизни больных с опухолями костей и улучшением результатов лечения возрастает необходимость оценки качества жизни после проведенного лечения [18, 19].

В данной работе впервые в отечественной практике проведен сравнительный анализ групп пациентов с первичными и метастатическими опухолями костей с применением опросников SF-36, QLQ-C30 с модулем BM-22 и методик, определяющих психологический статус.

Материалы и методы

В исследование с 2012 по 2015 г. включены 119 пациентов с первичными и метастатическими опухолями костей, находящихся на лечении в хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата и в отделении вертебральной хирургии НИИ клинической онкологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина.

В исследовании пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от диагноза: первую группу составили больные остеосаркомой (41 человек); во вторую группу вошли пациенты с гигантоклеточной опухолью (ГКО) (31 человек); третью группу составили больные хондросаркомой (30 человек); четвертую — пациенты с метастазами в кости скелета светлоклеточного рака почки (аденокарцинома) (17 человек). Все пациенты получали хирургическое или комбинированное лечение.

В табл. 1 представлены социально-демографические и клинические характеристики пациентов с опухолевым поражением костей.

В исследовании применялись следующие методики оценки качества жизни и психологического статуса больных с опухолевым поражением костей:

1) «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) («SF-36 Health Status Survey»)

применялся для измерения качества жизни больных с опухолевым поражением костей. 36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование, повседневная деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» (первые 4 шкалы) и «психологический компонент здоровья» (последние 4 шкалы) [2, 8].

2) Усовершенствованный «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionary Core-30), разработанный группой оценки качества жизни (Study Group on Quality of Life) при Европейской организации лечения и исследования рака (EORTC — European Organization for Research and Treatment Cancer). Опросник высокочувствителен и применим для оценки качества жизни у больных независимо от типа онкологического заболевания. Современная версия EORTC QLQ-C30 включает 30 вопросов и состоит из 5 функциональных шкал (физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие), 3 шкал симптоматики (слабость, тошнота/рвота и боль), шкалы общего качества жизни и 6 одиночных пунктов (одышка, нарушение сна, потеря аппетита, констипация, диарея, финансовые затруднения) [9, 10].

3) Дополнительный модуль BM 22, предназначенный для оценки качества жизни, связанного со здоровьем пациентов со злокачественными новообразованиями костей. Модуль состоит из 20 вопросов и имеет 2 шкалы симптоматики (очаги боли и характер боли) и 2 функциональные шкалы (общее функционирование и психологические аспекты) [9, 10].

4) Опросник «Устойчивое (доминирующее) состояние» использовался для диагностики относительно устойчивых состояний. В данном исследовании использовался краткий вариант (ДС-6) с шестью шкалами (42 пункта): «активное/пассивное отношение к жизненной ситуации» (оптимисти-

Таблица 1. Социально-демографические и клинические характеристики пациентов с опухолевым поражением костей

Социально-демографические и клинические характеристики		Пациенты с остеосаркомой (n=41) А	Пациенты с ГКО (n=31) В	Пациенты с хондросаркомой (n=30) С	Пациенты с mts в кости скелета (n=17) D
Пол	Мужской	25 чел.	13 чел.	24 чел.	13 чел.
	Женский	16 чел.	18 чел.	6 чел.	4 чел.
Средний возраст		26,7 года	36,06 года	45,37 года	54,88 года
Средняя длительность заболевания (с момента постановки диагноза) на момент исследования		16,68 мес	8,06 мес	18,73 мес	25,47 мес
Статус лечения	Хирургическое лечение	5 чел.	31 чел.	27 чел.	13 чел.
	Комбинированное лечение	36 чел.	0	3 чел.	4 чел.

ческий настрой – пессимистический настрой), «тонус высокий/низкий» (энергичность/усталость), «спокойствие/тревога», «устойчивость/неустойчивость эмоционального тона», «удовлетворенность/неудовлетворенность жизнью в целом (ее ходом, процессом самореализации)», «положительный/отрицательный образ самого себя» (принятие/непринятие себя) [11].

5) Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) использовалась для исследования когнитивного, аффективного и мотивационно-поведенческого компонентов отношения к болезни. Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный (болезненно чувствительный), тревожный, ипохондрический (сосредоточенность на болезненных ощущениях), меланхолический (депрессивный), апатический (безразличие), неврастенический (раздражительная слабость), эгоцентрический (истероидный), паранойяльный, анозогнозический (отрицание болезни), дисфорический (агрессивный), эргопатический (уход в работу) и гармоничный (реалистичный) [12].

6) В рамках изучения способов справиться со стрессом пациентов с опухолями костей использовался опросник «Способы совладающего поведения». Пункты опросника объединены в восемь шкал, соответствующих основным видам способов справляться со стрессом, выделенных авторами: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка [13].

В задачи исследования не входило проведение сравнительного анализа и оценки функционального статуса по шкалам MSTs и TESS, применяемых в онкоортопедии.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 20.0 и Excel XP.

Результаты исследования

В табл. 2 представлена характеристика общего состояния пациентов с опухолевым поражением костей по шкалам Карновского и ECOG-ВОЗ [14].

Как видно из табл. 2, больные с метастатическим поражением костей обладают худшим общим состоянием здоровья, чем пациенты с первичным опухолевым поражением костей ($p < 0,05$).

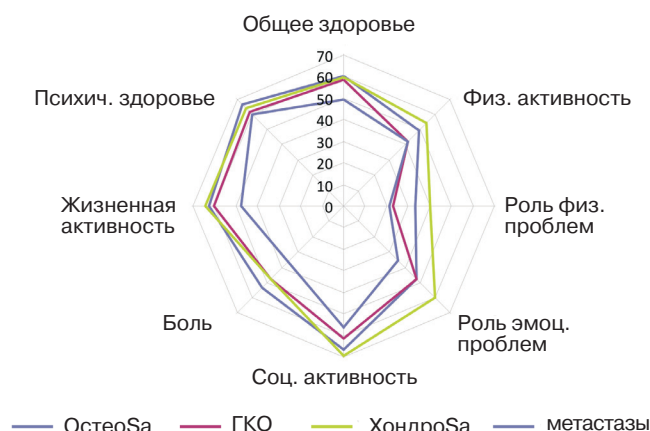


Рис. 1. Показатели качества жизни больных с опухолевым поражением костей по данным «SF-36»

Согласно полученным данным (рис. 1), больные с метастатическим поражением костей значительно ниже оценивают общее состояние своего здоровья и перспективы лечения, чем пациенты с остеосаркомой ($p < 0,1$). Больные хондросаркомой характеризуются меньшим влиянием физического состояния на повседневную деятельность, чем больные ГКО и пациенты с метастазами ($p < 0,1$). При этом больные с метастатическим поражением костей более ограничены в повседневной деятельности и социальной активности в связи с ухудшением эмоционального состояния, чем пациенты с хондросаркомой ($p < 0,1$). В то же время больных с метастазами характеризует большее ограничение активности, обусловленное интенсивностью боли, и более выраженное утомление, чем больных остальных групп ($p < 0,05$).

Данные специализированного опросника QLQ C-30 (рис. 2, 3) согласуются с данными общего опросника качества жизни SF-36, дополняя их. Опросник QLQ C-30, чувствительный к различиям составляющих качества жизни непосредственно онкологических больных, выявляет различия в общем состоянии здоровья пациентов: больные с метастатическим поражением костей оценивают свое здоровье гораздо хуже пациентов других групп ($p < 0,01$). При этом больные ГКО характеризуются сниженным качеством жизни по параметру общего состояния здоровья по сравнению с больными остеосаркомой ($p < 0,1$).

Таблица 2. Общее состояние пациентов с опухолевым поражением костей (объективный соматический статус)

Индекс Карновского / Шкала ECOG-ВОЗ	Пациенты с остеосаркомой (n=41) A	Пациенты с ГКО (n=31) B	Пациенты с хондросаркомой (n=30) C	Пациенты с mts в кости скелета (n=17) D
	M±m	M±m	M±m	M±m
Индекс Карновского	80±1,79	78,89±2,2	80,5±2,15	71,18±2,63
Шкала ECOG-ВОЗ	1,23±0,1	1,41±0,1	1,4±0,12	2,12±0,12

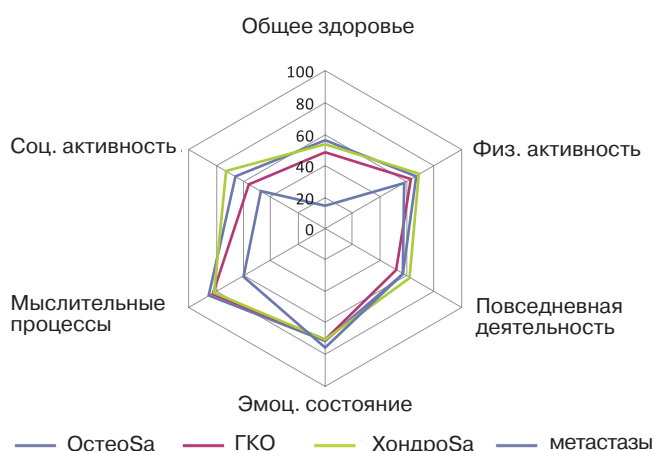


Рис. 2. Качество жизни больных с опухолевым поражением костей по данным QLQ C-30. Функциональные шкалы

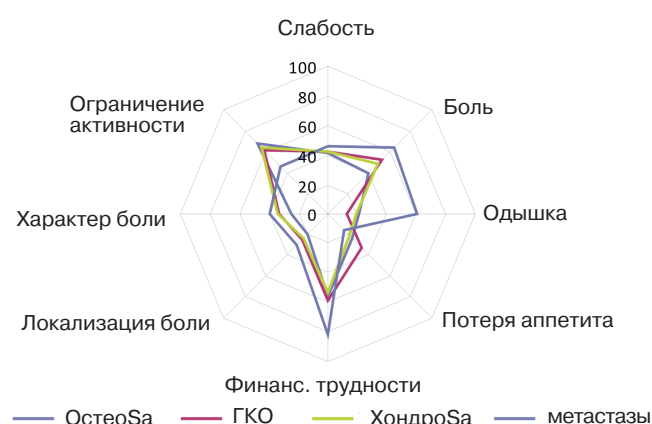


Рис. 3. Качество жизни больных с опухолевым поражением костей по данным QLQ C-30 и модулю BM-22. Симптоматические шкалы

Больные хондросаркомой обладают большей физической активностью и менее ограничены в повседневной деятельности, чем пациенты с метастазами ($p < 0,1$), что согласуется с данными, представленными выше. Социальная активность пациентов с хондросаркомой выше, чем больных с метастазами, кроме того, согласно результатам данного опросника, больные хондросаркомой обладают также большей социальной активностью, чем пациенты с ГКО ($p < 0,05$).

Кроме того, больные с метастатическим поражением костей больше страдают слабостью ($p < 0,1$) и одышкой ($p < 0,05$), чем пациенты с остеосаркомой. В то же время у больных с метастазами болевые ощущения интенсивней, чем у пациентов всех остальных групп ($p < 0,05$). При этом больные ГКО испытывают более интенсивную боль, чем пациенты с остеосаркомой ($p < 0,1$).

Помимо этого больные с метастатическим поражением костей сталкиваются с большими финансовыми затруднениями, чем больные остальных групп ($p < 0,1$). Однако больные с метастазами меньше других пациентов испытывают проблемы с аппетитом ($p < 0,1$).

Согласно представленным данным модуля BM-22, больные ГКО ($p < 0,1$) и пациенты с метастатическим поражением костей ($p < 0,01$) испытывают более распространенные болевые ощущения, чем больные остеосаркомой, кроме того, у больных с метастазами боль носит более интенсивный характер, чем у пациентов с остеосаркомой ($p < 0,1$). Также, по данным модуля, ограничение активности, связанное непосредственно с поражением костей, среди больных с метастазами выше, чем среди пациентов остальных групп ($p < 0,05$).

Согласно данным, полученным при исследовании устойчивого эмоционального состояния пациентов, больные остеосаркомой склонны к более активному и оптимистическому отношению к жизненной ситуации, более готовы к преодолению препятствий, чем больные ГКО ($p < 0,1$) и хондросаркомой ($p < 0,05$). Важно отметить, что пациенты с остеосаркомой характеризуются более молодым возрастом, чем больные остальных групп, что может влиять на большую выраженность у этих пациентов стремления преодолеть препятствия и большее ощущение сил для этого.

Однако больные ГКО более уверены в своих силах и возможностях, чем пациенты с остеосаркомой ($p < 0,1$).

Низкие значения по шкале «Устойчивость/неустойчивость эмоционального тона, характерные для пациентов с опухолевым поражением костей, свидетельствуют о сниженной эмоциональной устойчивости больных, изменчивости настроения и повышенной раздражительности пациентов, а также о преобладании у них негативного эмоционального тона.

По шкале «Удовлетворенность/неудовлетворенность жизнью в целом» для больных с опухолевым поражением костей характерны низкие оценки. Согласно полученным результатам, пациенты с опухолевым поражением костей не удовлетворены жизнью в целом, низко оценивают личностную успешность; для них характерно неполное самораскрытие, отсутствие ощущения внутренней опоры, а также уход в сомнения, позволяющий уклониться от необходимости делать жизненный выбор. При этом больные ГКО более удовлетворены своей жизнью и готовы брать на себя ответственность за происходящее с ними, чем пациенты с хондросаркомой ($p < 0,05$) и больные с метастатическим поражением костей ($p < 0,1$).

Низкие оценки, характерные для пациентов с опухолевым поражением костей, по шкале «Положительный/отрицательный образ самого себя» свидетельствуют о высокой критичности в оценке себя и стремлении быть искренними, кроме того, эти данные говорят о негативном отношении к себе, которое у пациентов с хондросаркомой выражено более, чем у больных остеосаркомой ($p < 0,05$).

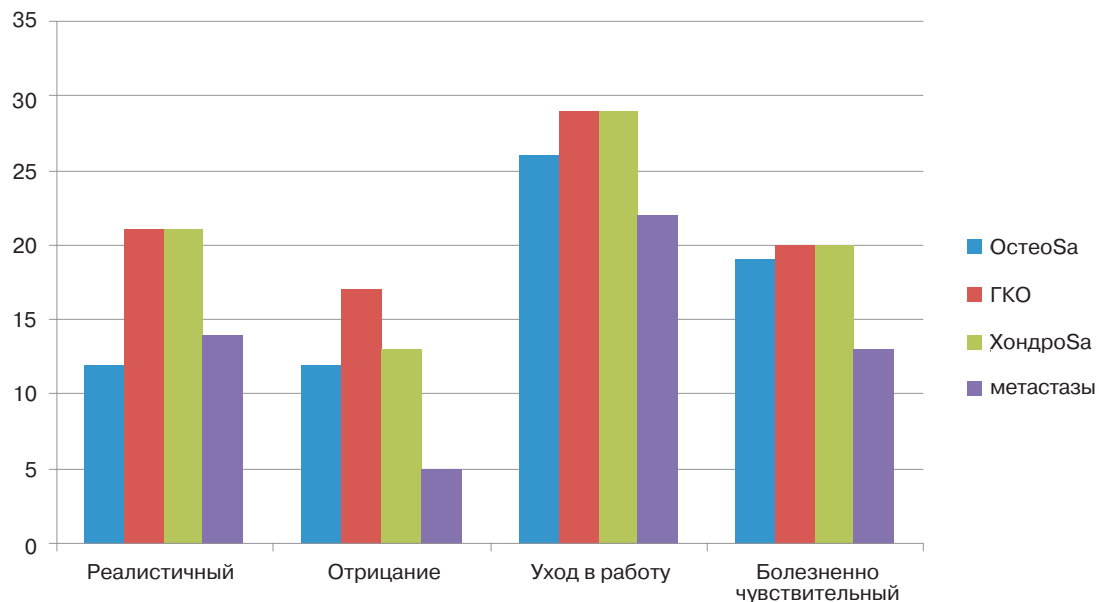


Рис. 4. Отношение к болезни пациентов с опухолевым поражением костей

Согласно данным, представленным на рис. 4, преобладающим типом отношения к болезни в группе пациентов с первичным опухолевым поражением костей является «уход в работу».

У больных хондросаркомой и ГКО чаще встречается гармоничный (реалистичный) тип отношения к болезни, чем в группе пациентов с остеосаркомой ($p < 0,05$), что может быть связано с преобладанием у больных остеосаркомой стратегии стресс-преодолевающего поведения «Избегание», как будет показано ниже.

Среди больных ГКО более распространен «уход в работу», чем среди пациентов с метастатическим поражением костей ($p < 0,1$). В группе пациентов с метастазами наиболее редко встречается отрицание болезни по сравнению с другими группами больных ($p < 0,05$).

Также согласно полученным результатам, среди больных остеосаркомой чаще встречается тревожный тип отношения к болезни, чем среди пациентов с хондросаркомой и ГКО ($p < 0,1$), что согласуется с данными опросника «Устойчивое (доминирующее) состояние», которые свидетельствуют о большей склонности пациентов с остеосаркомой испытывать беспокойство, чем это характерно для пациентов с ГКО. Возможно, непрерывная тревога в отношении неблагоприятного течения болезни и возможных осложнений провоцирует у больных остеосаркомой тенденцию отрицать тяжесть болезни и фантазировать насчет результатов лечения, что мешает пациентам данной группы реалистично оценивать свое состояние и реагировать на болезнь по гармоничному, адаптивному типу.

Кроме того, полученные результаты позволяют заключить, что в группе пациентов с ГКО чаще встречаются неврастенический и эгоцентрический

типы отношения к болезни, чем среди больных остеосаркомой ($p < 0,1$), что свидетельствует о склонности пациентов с ГКО вести себя по типу «раздражительной слабости» и искать «вторичную выгоду» от своего заболевания. Также среди пациентов с ГКО значимо чаще встречается дисфорический тип отношения к болезни, чем в группе больных саркомой: пациентам с ГКО свойственно мрачное настроение, зависть и агрессия по отношению к здоровым ($p < 0,1$).

Больные с метастатическим поражением костей наименее склонны к чрезмерной ранимости и уязвимости по сравнению с больными других групп ($p < 0,05$).

По данным, полученным при изучении способов справляться со стрессом, пациенты с метастатическим поражением костей более склонны к поиску социальной поддержки, чем больные остальных групп ($p < 0,05$). Пациенты с метастазами используют возможность привлечения внешних (социальных) ресурсов в проблемной ситуации. Пациенты с ГКО более склонны признавать свою роль в возникновении проблемы и ответственность за ее решение, чем больные хондросаркомой ($p < 0,1$), что согласуется с данными опросника «Устойчивое состояние».

При этом также необходимо обратить внимание на преобладание у больных остеосаркомой способа «Бегство/избегание», рассматриваемого как неадаптивный, по сравнению с больными ГКО и хондросаркомой ($p < 0,05$), что также может влиять на оценку качества жизни пациентами данной группы.

Для больных с метастазами более характерно планирование решения проблемы, чем для пациентов с ГКО ($p < 0,1$). Пациенты с остеосаркомой ($p < 0,1$) и метастатическим поражением костей ($p < 0,05$) более склонны реагировать на стресс положительной

переоценкой проблемной ситуации, чем больные ГКО и хондросаркомой.

Обсуждение

Качество жизни больных с опухолями костей достоверно ниже, чем в общей популяции [18]. Сравнительный анализ качества жизни, устойчивого эмоционального состояния, отношения к болезни и реагирования на стресс в группах пациентов с различными нозологическими формами опухолевого поражения костей позволяет выделить основные особенности пациентов разных групп и сделать вывод о возможных направлениях психотерапевтической работы в каждой нозологической группе [15].

Больные с метастатическим поражением костей отличаются сниженным качеством жизни по сравнению с пациентами, у которых диагностировано первичное опухолевое поражение костей, по параметрам физической активности, возможности выполнять повседневную деятельность, не ограничивать свои социальные контакты в связи с заболеванием и по параметру общего состояния здоровья, а также по интенсивности болевых ощущений, что соответствует объективному соматическому статусу пациентов данной группы. При этом важно отметить, что качество жизни больных с метастатическим поражением костей по параметру эмоционального состояния выше соответствующего параметра у больных с первичным опухолевым поражением костей ($p < 0,05$), что можно объяснить, обратившись к данным исследования отношения к болезни и способов справляться со стрессом среди пациентов. В группе больных с метастатическим поражением костей значительно реже, чем в группе пациентов с первичным опухолевым поражением костей, встречается отрицание болезни и чрезмерная ранимость и уязвимость в связи с заболеванием, что, кроме улучшения качества жизни по параметру эмоционального состояния, может обеспечивать высокую вовлеченность в процесс лечения (комплаентность) данной группы больных. Помимо этого в группе пациентов с метастатическим поражением костей преобладают эффективные способы справляться со стрессом: поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы и положительная переоценка, что также положительно влияет на качество жизни пациентов и на их взаимодействие с лечащим врачом.

Также, согласно результатам проведенного исследования, для всей группы больных с первичным опухолевым поражением костей характерна повышенная тревожность, низкая эмоциональная устойчивость и реагирование на болезнь «уходом в работу». При разработке программы психологической помощи пациентам данной группы представляется целесообразным, в первую очередь, фокусирование на работе с тревогой и эмоциональной неустойчивостью.

В частности, для больных остеосаркомой характерно отрицание проблемы и реагирование на стресс путем уклонения от решения проблемной ситуации. Таким образом, программа психологического сопровождения этих пациентов может включать работу с отрицанием заболевания или его тяжести и формирование навыков совладания со стрессом.

Следует также отметить, что для больных хондросаркомой характерно негативное отношение к себе и неудовлетворенность своей жизнью. Психологическое консультирование больных данной группы может включать работу с самооценкой и формирование готовности больных изменять свою жизнь, делая ее более удовлетворительной для себя.

При исследовании качества жизни больных ГКО было выявлено снижение КЖ больных по параметрам общего состояния здоровья и роли физических проблем по сравнению с пациентами, у которых диагностирована остео- и хондросаркома. При этом объективный соматический статус больных ГКО и объем хирургического вмешательства не отличается от соответствующих показателей больных саркомой костей. Здесь мы вплотную подходим к вопросу влияния психологического состояния пациентов на оценку ими своего качества жизни. Среди пациентов с ГКО значимо чаще, чем среди пациентов остальных групп, встречаются неврастенический, эгоцентрический и паранойяльный типы отношения к болезни, что говорит о склонности больных ГКО вести себя по типу «раздражительной слабости», искать «вторичную выгоду» от болезни. Психологическая помощь пациентам данной группы может включать работу по формированию адаптивного типа отношения к болезни у пациентов и улучшения комплаентности в этой группе больных.

Проблема качества жизни пациентов с опухолями костей нуждается в дальнейшем исследовании, особенно в направлении применения результатов измерения качества жизни в клинической практике [21].

Выводы

Больные с метастатическим поражением костей отличаются сниженным качеством жизни по параметрам общего состояния здоровья, интенсивности боли и утомляемости по сравнению с больными остеосаркомой, хондросаркомой и ГКО ($p < 0,05$), что соответствует объективному соматическому статусу данных групп больных. Эмоциональный статус пациентов с метастазами в кости был выше, чем в других группах ($p < 0,05$), что связано с высоким уровнем вовлеченности в лечебный процесс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касимова Л.Н., Жиряева Т.В. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями. Психические расстройства в общей медицине. 2009, № 1, с. 16–19.

2. Вассерман Л.И. и соавт. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь. 2011, 271 с.
3. The WHOQOL Group. What is quality of life? World Health Forum. 1996, v. 17 (4), p. 354-356.
4. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1977, 112 с.
5. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации. Психиатрия и психофармакотерапия. М., 2008, № 1, с. 13-20.
6. Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С. Проблема формирования приверженности лечению при хронических заболеваниях. Клиническая психология в здравоохранении и образовании. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. Сборник материалов. М., 2011, с. 20-24.
7. Ngoh L.N. Health literacy: A barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. J. Am. Pharm. Assoc. 2009, v. 15 (8), p. 45-57.
8. 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.
9. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. J. Nat. Cancer Inst. 1993, v. 85, p. 365-375.
10. Fayers P., Aaronson N., Bjordal K., Sullivan M. QLQ C-30 Scoring Manual. EORTC Study Group on Quality of Life. Brussels, 1995, 50 p.
11. Куликов Л.В. Руководство к методикам диагностики психических состояний, настроений и сферы чувств. Разработка и проверка методик. СПб., 2003, 64 с.
12. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. СПб., 2005, 32 с.
13. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. СПб., 2010, 192 с.
14. Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. MacLeod C.M. (Ed.), Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ. Press. 1949, p. 196.
15. Yong-Jian Sun, Yan-Jun Hu, Dan Jin, Jian-Wei Li, Bin Yu. Health-related Quality of Life after treatment for malignant bone tumors: a follow-up study in China. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2012, v. 13, p. 3099-3102.
16. Oren R., Zagury A., Katzir O., Kollender Y., Meller I. Principles and Rehabilitation after Limb-sparing Surgery for Cancer. Musculoskeletal Cancer Surgery. Treatment of Sarcomas and Allied Disease. 2001, p. 581.
17. Eiser C., Grimer R.J. Quality of life in survivors of a primary bone tumour: a systematic review. Sarcoma. 1999, v. 4, p. 183-190.
18. Eiser C., Darlington A.E., Stride C.B., Grimer R.J. Quality of life implications as a consequence of surgery: limb salvage, primary and secondary amputation. Sarcoma. 2001, v. 5, p. 189-195.
19. Eiser C. Assessment of health-related quality of life after bone cancer in young people: easier said than done. Eur. J. Cancer. 2009, v. 45, p. 1744-1777.
20. Christ G.H., Lane J.M., Marcove R. Psychosocial adaptation of long-term survivors of bone sarcoma. J. Psychosoc. Oncol. 1995, v. 13, p. 1-21.
21. Salsman J.M., Pearman T., Cella D. Quality of life. Psychological aspects of cancer. Springer science, LLC. 2013, p. 255-270.

Статья поступила 13.02.2015 г., принята к печати 03.03.2015 г.
Рекомендована к публикации Б.Ю. Бохьяном

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BONE TUMORS

Usmanova E.B.¹, Sushentsov E.A.², Shchelkova O.Yu.¹

¹ Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russian Federation

² N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow, Russian Federation

Key words: quality of life, bone tumor, SF-36, QLQ-C30, BM 22, follow up

Background. To study quality of life in patients with osteosarcoma, chondrosarcoma, giant cell tumor and bone metastases.

Patients and methods. During the period 2012–2015 the data of psychological research in 119 patients with bone tumor were obtained. There were four groups depending on diagnosis: the group of patients with osteosarcoma (41 persons), patients with giant cell tumor (31 persons), the group of chondrosarcoma patients (30 persons) and patients with bone metastases (adenocarcinoma) (17 persons). The methods were: «SF-36 Health Status Survey», Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organization for Research and Treatment Cancer with module Bone Metastases 22, «Prevalent emotional condition», «The type of relation to disease», «Coping strategies».

Results. Patients with bone metastasis have lower quality of life compared to patients with primary bone tumors. Patients with primary bone tumors are inclined to increased anxiety, low emotional stability and response to disease according to the type «escape into work».

Conclusion. Patients with bone metastases have lower quality of life in the parameters general health, pain and fatigue compared to patients with osteosarcoma, chondrosarcoma and giant cell tumor ($p < 0,05$). This corresponds to objective physical state of these patients' groups. Emotional status in patients with bone metastases was higher than in other groups ($p < 0,05$). It is due to high level of compliance in these patients.