



Мусаев Э.Р., Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б.,  
Кулага А.В., Алиев М.Д.

# **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ**

Москва  
2022

УДК 55.6;88.7  
ББК 616-006-34;159.9.072  
И 91

Мусаев Э.Р., Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Кулага А.В., Алиев М.Д. **«Качество жизни пациентов с опухолями костей»** / М.: РАН, 2022. – с. 118, 7 ил.

ISBN 978-5-907366-84-8

© Мусаев Э.Р., Щелкова О.Ю.,  
Усманова Е.Б., Кулага А.В.,  
Алиев М.Д., 2022

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	5
<b>Глава 1. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА</b> .....	8
<b>1.1. Концепция качества жизни, связанного со здоровьем</b> .....	8
<b>1.2. Изучение качества жизни при опухолевом поражении костей: обзор современных исследований</b> .....	11
1.2.1. Качество жизни пациентов с опухолевым поражением длинных костей конечностей .....	12
1.2.2. Качество жизни пациентов с опухолевым поражением позвоночника и крестца .....	14
<b>Глава 2. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ КОСТЕЙ</b> .....	16
<b>2.1. Общий методологический подход: психологическая диагностика в клинике опухолевого поражения костей</b> .....	16
<b>2.2. Методы исследования качества жизни</b> .....	18
2.2.1. Методы общей оценки качества жизни и состояния здоровья .....	19
2.2.2. Методы оценки качества жизни больных с онкологическими заболеваниями .....	20
2.2.3. Специализированные модули оценки качества жизни больных с опухолями костей и позвоночника .....	21
<b>Глава 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ</b> .....	22
<b>3.1. Организация исследования</b> .....	22
<b>3.2. Результаты исследования</b> .....	27
3.2.1. Качество жизни .....	28
3.2.2. Эмоциональное состояние .....	36
3.2.3. Личностные характеристики .....	38
3.2.4. Способы совладающего поведения .....	39
3.2.5. Ценностно-мотивационная направленность личности .....	41
3.2.6. Отношение к болезни и лечению .....	43
3.2.7. Взаимосвязь качества жизни с клиническими и психологическими характеристиками больных .....	50

3.2.8. Влияние психологических факторов на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей .....	64
3.2.9. Взаимосвязь качества жизни и выживаемости пациентов с опухолями костей .....	73
<b>Глава 4. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И КРЕСТЦА .....</b>	<b>80</b>
4.1. Опухоли позвоночника .....	80
4.2. Опухоли крестца .....	95
<b>Глава 5. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ОПТИМИЗАЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ОНКООРТОПЕДИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ .....</b>	<b>97</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>105</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>	<b>109</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Концепция связанного со здоровьем качества жизни (КЖЗ) привлекает внимание к личностному плану переживания ситуации болезни пациентом, в частности, к его субъективному восприятию возможности удовлетворения актуальных потребностей и полноценного социального функционирования, несмотря на связанные с болезнью ограничения. Более того, в современной медицине КЖЗ пациента является важным, а в ряде случаев основным критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007).

В настоящее время насчитывается значительное число исследований, посвящённых изучению КЖЗ пациентов с различной соматической патологией. Существенное количество работ посвящено исследованию КЖЗ онкологических больных (Демин Е.В., Чулкова В.А., 1990; Вассерман Л.И. и соавт., 2001; Новик А.А., Ионова Т.И., 2007; Yellen S.B. et al., 1993; Osoba D., 1994; Merinsky O. et al., 1997; Koller M., Lorenz W., 2002; Tineke V., 2009; Dubashi B. et al., 2010; Fagundes C.P. et al., 2013; Кулага А.В., 2019), в частности, пациентов, страдающих саркомой костей. Среди таких работ необходимо отметить исследования, результаты которых свидетельствуют о снижении КЖЗ пациентов с саркомой костей (Eiser C., Grimer R.J., 1999; Bekkering W.P. и соавт., 2010; Paredes T. и соавт., 2011; Reichardt P. и соавт., 2012; Mason G.E. и соавт., 2013).

Однако, в целом число исследований, посвящённых изучению качества жизни пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями костей, не достаточно. Большинство выполненных работ направлены на исследование качества жизни детей и подростков с саркомой костей (van Riel C.A. et al., 2004; Yonemoto T. et al., 2016). Также значительная часть трудов посвящена сравнительному изучению качества жизни пациентов с опухолью костей после органосохранной операции и ампутации (Johansen R. et al., 1998; Aksnes L.H. et al., 2008; Robert R.S. et al., 2010). В тоже время исследований качества жизни взрослых пациентов с опухолевым поражением костей, акцентирующих внимание на психологических факторах КЖЗ, в современной литературе не представлено. Это обусловило необходимость комплексного исследования, направленного на изучение различных аспектов КЖЗ и факторов его определяющих, у больных с онкоортопедической патологией.

В настоящее время в мировой науке представлено значительное число работ, посвящённых изучению психологических аспектов онкологических заболеваний и качества жизни онкологических больных.

Социальные мифы, существующие в современном обществе, причисляют данные заболевания к смертельным, и сам диагноз является серьёзным стрессогенным фактором для пациента (Березкин Д.П., Зырянова Н.Г., 1976; Сидоров П.И., 2006; Смулевич А.Б., Андриющенко А.В., Бескова Д.А., 2007; V.J. Sadock и соавт., 2009).

Кроме того, существует значительное количество исследований, посвящённых изучению распространённости психологических трудностей и психических нарушений среди онкологических больных (Сидоров П.И., 2006; Касимова Л.Н., Илюхина Т.В., 2007; Смулевич А.Б. с соавт., 2007; Касимова Л.Н., Жилиева Т.В., 2009; Silberfarb P.M., Lipowski Z.J., 1978; Derogatis L.R. et al., 1983; Cassiliet al., 1985; Friedman S.H., 1998; Passik S.D., Grummon K.L., 1998; Rowland J.H., Massie M.J., 1998; Breslau E.S. и соавт., 2001; Spiegel D., Diamond S., 2001; Sadock B.J. et al., 2009; Dubashi B. и соавт., 2010; Folkman S., 2010; Benedict C., Penedo F.J., 2013).

Ряд авторов отмечают не только значительное влияние онкологической патологии на психическое состояние пациента, но и акцентируют внимание на роли психических факторов в возникновении, течении и исходе онкологического заболевания (Shekele R. и соавт., 1991; Penninx B. и соавт., 1998; Hamilton A., 1999; Watson M. и соавт., 1999; Lillberg K. и соавт., 2003; Palesh O. и соавт., 2007; Porcelli P., Sonino N., 2007; Steel J.L. и соавт., 2007; Chida Y. и соавт., 2008; Satin J.R., Linden W., Phillips M.J., 2009; Ross K. и соавт., 2009).

Необходимо также отметить исследования, предметом которых являются способы совладающего поведения пациентов с онкологическими заболеваниями (Waisman A., Worden J.W. 1977; Felton B.J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A. 1984; Dunkel-Schetter C. et al., 1992; Porcelli P., Sonino N., 2007; Thune-Boyle Ingela C.V., 2013).

Итак, в современных условиях повышенного внимания общества к проблемам и успехам онкологии, к новым методам лечения, обеспечивающим не только выживаемость, но и существенное улучшение качества жизни больных за счёт внедрения новых высокотехнологичных методов лечения, актуальными становятся вопросы адекватного психологического сопровождения лечебного процесса, индивидуализированной психологической помощи и повышения комплаентности пациентов на всех этапах лечения.

В связи с этим актуальным для клинической медицины стал вопрос всесторонней оценки результатов лечения и, в первую очередь, качества жизни пациентов. Это соответствует общей тенденции гуманизации медицины, её стремлению к развитию целостного взгляда на человека, к становлению биопсихосоциального подхода в понимании здоровья и болезни.

В настоящей монографии качество жизни больных с опухолевым поражением длинных костей конечностей и позвоночника анализируется в тесной связи и взаимовлиянии с 1) индивидуально-психологическими характеристиками больных и социально-психологической ситуацией, сложившейся в связи с болезнью; 2) с эффектами хирургического лечения, резко меняющего характер жизнедеятельности и отношение к ней, а также психоэмоциональный и социальный статус пациентов.

Тема монографии, а также представленная в ней методология изучения качества жизни в онкоортопедии, выбраны не случайно. Онкологическая

ортопедия, изучающая опухоли опорно-двигательного аппарата, является одним из важнейших и инновационных направлений в современной онкологии. На сегодняшний день заболеваемость в России саркомами костей составляет 1,03 случая на 100 тыс. населения и 1,81 случай на 100 тыс. населения – саркомами мягких тканей. В 60–70% случаев у всех онкологических больных развиваются метастазы в кости, которые также требуют онкоортопедической поддержки, а это около 1 млн больных в год. Современные протоколы лечения больных с саркомами костей высокой степени злокачественности позволяют достигнуть выживаемости до 75%, органосохранные операции выполнять в 85% случаях, а в детской онкоортопедии выживаемость достигает 85% и органосохранное лечение выполняется у 95% детей (Алиев М.Д., Сушенцов Е.А., 2012, с. 3). Учитывая благоприятный прогноз, пациенты с опухолями опорно-двигательного аппарата нуждаются в разработке актуальных программ функциональной, социальной и психологической реабилитации для улучшения качества жизни и адаптации в обществе. При этом во всех современных исследованиях КЖЗ обсуждаются не только клинические и социальные аспекты существования пациента в ситуации онкологического заболевания; акцент ставится на субъективно-личностном, смысловом плане переживания болезни (Василенко Т.Д., 2011; Вассерман Л.И. с соавт., 2011; Сирота Н.А. с соавт., 2016).

С этих позиций рассмотрим основные методологические подходы и результаты исследования качества жизни в онкоортопедии и онковертебрологии, а именно при опухолях длинных костей конечностей, позвоночника и крестца.

# Глава 1.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

### КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Разработка системной концепции качества жизни (КЖ), начавшаяся в середине XX века, явилась ответом на социальный запрос и связана с изучением условий существования человека в индустриальном обществе. Впоследствии от неё ответвилась самостоятельная концепция качества жизни, связанного со здоровьем (КЖЗ). В настоящее время во всём мире интенсивно проводятся научные исследования КЖЗ, которые представляют относительно новое, быстро развивающееся направление медицинской и социальной науки.

Теоретическими и методологическими предпосылками развития концепции КЖЗ послужили идеи психосоциальной реабилитации, опирающиеся на принципы системного подхода, а также функциональная диагностика, использующая системную модель для оценки компенсаторных возможностей человека и его приспособительного (к условиям болезни) поведения (Щелкова О.Ю., 2008). Особое значение для появления и развития концепции КЖЗ имела системная концепция психической адаптации человека (Александровский Ю.А., 2000; Беребин М.А., Вассерман Л.И., 2003).

#### 1.1. Концепция качества жизни, связанного со здоровьем

Началом современной истории исследования качества жизни в медицине принято считать конец 40-х гг. XX в., дату опубликования работ D. Karnofsky et al., посвящённых оценке функциональных возможностей и уровня активности онкологических больных (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2007).

Понятие качества жизни больного впервые появилось в журнале «Index medicus» в 1977 году. В настоящее время направление исследования качества жизни в медицине и клинической психологии активно развивается. Число исследований, связанных с качеством жизни, в различных областях здравоохранения прогрессивно возрастает (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003).

Как интегральное понятие, качество жизни включает в себя такие аспекты, как сохранность физических функций и степень физических страданий; психологическое состояние, включая ощущение независимости и удовлетворённость своим бытием в настоящий момент; возможность профессиональной деятельности; качество социальных контактов и другие аспекты. Таким образом, на качество жизни влияют все параметры функционирования личности – физические, психологические и социальные (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003).

А.П. Коцюбинский, В.В. Зайцев (2000) описали влияние различных биопсихосоциальных параметров на качество жизни больных на примере пациентов с шизофренией. Исследователи отмечают, что на итоговую оценку качества жизни больных негативное влияние оказывают преморбидные особенности личности (шизоидность), прогредиентность заболевания и дезадаптивное отношение к болезни пациента в период образования ремиссии, а позитивное – наличие в преморбидном периоде содержательной профессиональной нагрузки и сохранного профессионального уровня пациента при выписке. К наиболее существенным «семейным» факторам относились гармоничные отношения семьи с социальным окружением, отсутствие гиперпротективности и адекватность ожидания со стороны значимых лиц в перморбидном и морбидном периодах заболевания. Отрицательными факторами явились тенденции семьи к социальной изоляции и неудовлетворённость родственников результатами терапии.

При этом Л.И. Вассерман и соавт. (2001) на основе анализа литературы по теоретическим и методологическим аспектам КЖ выделили две основные тенденции в определении КЖ. Это относительно объективная тенденция, включающая физическое состояние, эмоциональное состояние, материальное и социальное положение, трудоустройство и др., и субъективная, в которой главная роль в КЖ отводится удовлетворённости различными сторонами жизнедеятельности в связи с ситуацией болезни. Сами авторы подчёркивают на примере больных эпилепсией, что самооценка здоровья для этих пациентов является более важной для прогноза КЖ, чем их объективное состояние (Вассерман Л.И. и соавт., 2001).

Также субъективную тенденцию поддерживает П.И. Сидоров (2006), согласно определению которого, качество жизни – это степень самооценки комфортности существования человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Кроме того, данная позиция близка А.А. Новику и Т.И. Ионовой (2007). Авторы определяют качество жизни как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии.

К данной точке зрения присоединяется Ю.Н. Беликов (1993), отмечающий, что личное восприятие своего состояния пациентом (как одна из групп факторов, формирующих КЖ; помимо неё выделяется физический статус и симптоматика заболевания) обусловлено восприятием больным общего состояния своего здоровья и изменением характера его жизни, зависящим от заболевания. Автор добавляет, что, так как состояние здоровья, удовлетворение жизнью и счастье носят субъективный характер и зависят от того, что пациент считает наиболее важным в своей личной системе оценок, субъективный фактор пациента играет важную роль в оценке самой болезни и результатов её лечения. Ю.Н. Беликов подкрепляет свою позицию результатами исследования, проведённого в группе больных хронической сердечной недостаточностью и выявившего, что состояние здоровья по оценке самого больного

в большей степени коррелирует с работоспособностью пациента и риском смерти, чем ряд объективных параметров, оценивающих функцию сердца.

M. Koller, W. Lorenz (2002) позиционируют концепцию качества жизни как дискуссионную на текущий момент, приводя в пример два противоположных взгляда на данную проблему.

Позиция Н. Wulff (1999) является примером скептического отношения к концепту качества жизни. Исследователь утверждает, что учёные могут использовать оценочные шкалы и наглядные аналогичные шкалы, чтобы измерить боль, и могут даже изобрести измерительную систему, определяющую типы дефектов, но, когда они говорят об измерении качества жизни, они заходят слишком далеко.

Иную позицию представляет концепция здоровья и качества жизни World Health Organization, согласно которой качество жизни определяется как восприятие людьми их места в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, и по отношению к их целям, ожиданиям, нормам и интересам. Это широкомасштабная концепция, состоящая из комплекса физического здоровья людей, психологического состояния, уровня независимости, социальных отношений и их отношения к основным особенностям их окружения (Bowling A., 2001).

Как психологический феномен качество жизни тесно связано с качественными характеристиками субъективного опыта проживания собственной жизни в конкретный период, возможно, в их сопоставлении с прошлым и прогнозируемым будущим. Качество жизни можно определить как совокупность переживаний и отношений человека (больного или здорового), которые ориентированы на осмысление существования, ценности здоровья и возможности личности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими потребностями и индивидуальными возможностями, в том числе и в условиях болезни (Вассерман Л.И. и соавт., 2001).

В связи с вышесказанным Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова (2007, 2014) предлагают рассматривать качество жизни с системных позиций, что соответствует пониманию человека как открытой биопсихосоциальной системы – комплекса взаимосвязанных элементов, взаимодействие которых обеспечивает его функционирование и развитие в изменяющихся условиях за счёт механизмов адаптации и компенсации. В данном случае в рамках обсуждаемой проблемы наибольшее значение приобретает психическая адаптация.

Как системное явление, качество жизни отражает структурные и уровневые механизмы формирования здоровья (полной адаптации) на основе знания, понимания и отношения субъекта к здоровью и болезни. Понятие качества жизни является производным более общего и фундаментального понятия адаптации. При этом качество жизни не только отражает успешность психической адаптации индивида, но и опосредуется взаимодействием ряда личностно-психологических (психологическая защита, копинг-механизмы, внутренняя картина болезни), социально-демографических (пол,

возраст, микросоциальные условия, профессиональный статус, уровень образования) и физиологических (особенности клинической картины, течения и лечения болезни) факторов (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2007).

Индивидуальное качество жизни можно рассматривать как интегративную характеристику биопсихосоциальной системы, проявляющуюся на психологическом уровне в субъективном опыте проживания собственной жизни и отражающую структурные и уровневые механизмы формирования сферы здоровья, такие как знание, понимание и отношение человека к здоровью и болезни, системные механизмы формирования внутренней картины болезни, соотношения жизненных целей и ценностей и др. (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2007).

При этом исследователи подчеркивают, что в концепции КЖ акцент ставится именно на субъективный план переживания болезни в противоположность объективным клиническим и социальным параметрам (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л., 2008).

Н.Н. Петрова (2000) в описании проблемы качества жизни с позиции биопсихосоциального подхода также заостряет внимание на субъективном переживании болезни пациентом. Автор подчеркивает, что, несмотря на снижение качества жизни больных психосоматическими и соматическими заболеваниями, главным образом, за счёт физической составляющей, его психологическая опосредованность является определяющей.

В Европе под качеством жизни понимают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека. Американские исследователи определяют качество жизни как физическое, эмоциональное, социальное, финансовое и духовное благополучие человека (Ионова Т.И. с соавт., 1998).

По определению ВОЗ, к основополагающим критериям качества жизни человека относятся физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, отдых); психологические (положительные эмоции, мышление, концентрация внимания, самооценка, внешний вид, негативные переживания); уровень самостоятельности (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); общественная жизнь (личностные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология) (Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А., 1998).

## **1.2. Изучение качества жизни при опухолевом поражении костей: обзор современных исследований**

Исследование качества жизни в онкоортопедии имеет относительно недолгую историю по сравнению с другими областями клинической медици-

ны. Однако, в последние годы появляется всё больше работ в этой области, что связано, в первую очередь, с появлением высокотехнологичных методов лечения, существенно расширяющих функциональные возможности пациентов и связанные с ними возможности личностного роста и социального взаимодействия.

### 1.2.1. Качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей

В современной литературе представлены работы, посвящённые изучению психологических характеристик и качества жизни при опухолях костей опорно-двигательного аппарата (Mason G.E и соавт., 2013; Klaff R., 2015; Morishige M. et al., 2015; Perisano C. et al., 2015; Yonemoto T. et al., 2016). Среди таких работ преобладают исследования, результаты которых свидетельствуют о снижении различных аспектов качества жизни пациентов с опухолью костей (Bekkering W.P. et al., 2010; Paredes T. et al., 2011; Mason G.E. et al., 2013; Klaff R., 2015; Morishige M. et al., 2015; Perisano C. et al., 2015).

В исследовании, проведённом T. Paredes и соавт. (2011), подтверждается снижение КЖ у больных саркомой костей, причём сниженное КЖ наблюдается и в период диагностирования заболевания, и в период лечения. Авторы также отмечают, что некоторые демографические параметры и клинические характеристики являются прогностическими для КЖ в период лечения.

Также снижение КЖ больных саркомой костей было выявлено в исследовании W.P. Bekkering и соавт. (2010), в которое был включён 81 пациент. По сравнению с контрольной группой здоровых людей больные саркомой костей отличаются сниженным КЖ в сферах автономии и моторных функций (согласно методике TACQOL), а также в когнитивной сфере, области повседневной активности и сексуальности (по методике TACQOL). Кроме того, по данным исследования, снижение КЖ в группе больных саркомой костей наблюдается в сфере физической активности, общего состояния здоровья и большей степени ограничения в связи с физическим состоянием (согласно данным SF-36). Пациенты особо выделяют ограничение в физической активности, занятиях спортом и косметические аспекты как наиболее значимые последствия болезни и лечения.

C. Eiser, R.J. Grimer (1999), в согласии с представленными результатами, отмечают, что вне зависимости от лечения, физическое функционирование больных с первичным опухолевым поражением костей значимо снижено по сравнению со здоровыми людьми. Однако исследователи добавляют, что сказать тоже самое в отношении эмоционального состояния невозможно.

P. Reichardt и соавт. (2012) исследовали КЖ пациентов с саркомой костей на стадии метастазирования в Северной Америке и Европе. Согласно результатам исследования, полученным с помощью неспецифического опросника EQ-5D, 60% больных саркомой костей с метастазами не отмечают у себя наличия проблем, связанных с подвижностью, 40% отмечают

проблемы в этой области. Среди больных не было пациентов, прикованных к постели. Также все больные отрицали какие-либо трудности в области самообслуживания. В соответствии с данными, полученными с помощью специфического опросника EORTC QLQ-C30, у больных саркомой костей с метастазами были выявлены побочные эффекты, которые авторы относят к «общим для онкологических больных побочным эффектам», такие, как утомляемость, тошнота и рвота, боль, одышка, бессонница, потеря аппетита, запор, диарея и финансовые проблемы. Самые высокие баллы по функциональным шкалам (соответствующие худшему КЖ) отмечаются по шкале утомляемости, также значительные трудности пациенты испытывают в связи с бессонницей и болью.

Кроме того, исследователи отмечают, что прогрессирование болезни имеет наибольшее негативное влияние на общее КЖ (по сравнению с периодом, свободным от химиотерапии, а также 1-й, 2-й и 3-й линией химиотерапевтического лечения). Также учёные отметили очевидное негативное влияние числа метастазов на КЖ больных, оценивая снижение КЖ пациентов в связи с каждой новой локализацией метастазов на -10.1. При этом наилучшее КЖ отмечается у пациентов, не получающих химиотерапии и находящихся на стадии стабилизации болезни (P. Reichardt et al., 2012).

Janssen S.J., Pereira N. (2019) отмечают снижение КЖ у пациентов с метастатическим поражением костей, при этом физическая активность и интенсивность боли зависят от типа первичной опухоли.

В исследовании, посвящённом изучению факторов, взаимосвязанных с КЖ, болью, тревогой и депрессией у пациентов с метастатическим поражением костей, Vliet Q., Pereira N. и соавт. (2016) определяют молодой возраст, курение, патологические переломы и отсутствие работы как факторы, взаимосвязанные с более низким КЖ. Также авторами было выявлено, что неблагоприятный прогноз и патологические переломы взаимосвязаны с более выраженным уровнем тревоги, а отсутствие партнёра и патологические переломы взаимосвязаны с депрессией. При этом пациенты с метастатическим поражением костей характеризовались более низким КЖ по сравнению с популяцией в Соединённых Штатах, а также более интенсивными болевыми ощущениями и более высоким уровнем тревоги, в то время как выраженность депрессии была сопоставима среди пациентов с метастазами в кости и населением.

В исследовании T. Yonemoto и соавт. (2009), посвящённом изучению психологических особенностей больных саркомой костей, приняли участие 30 больных остеосаркомой. Согласно результатам исследования, посттравматическое стрессовое расстройство встречается редко среди больных данной группы, при этом отмечается, что поддержка семьи снижает симптомы посттравматического стрессового расстройства. Для пациентов с остеосаркомой, вышедших в стойкую ремиссию, согласно полученным T. Yonemoto et al. данным, характерен посттравматический рост. В исследовании отмечена

связь старшего возраста пациентов в момент возникновения заболевания и ампутации с посттравматическим ростом.

Анализ результатов исследований, целью которых является определение КЖ больных саркомой костей, позволяет определённо сказать о снижении КЖ пациентов с саркомой костей по сравнению с условно здоровыми людьми.

В исследовании van Riel CA и соавт. (2004), посвящённом изучению самовосприятия и КЖ подростков в период лечения первичной злокачественной опухоли костей (основной диагноз – остеосаркома), было выявлено снижение КЖ больных по сравнению с их здоровыми сверстниками. Статистически значимые различия были отмечены в сферах благополучия, самостоятельности, социальной поддержки и школьного окружения. Самовосприятие подростков в группе больных саркомой не отличалось от показателей в группе их здоровых сверстников.

### **1.2.2. Качество жизни пациентов с опухолевым поражением позвоночника и крестца**

Результаты изучения качества жизни пациентов с метастатическим поражением позвоночника свидетельствуют о значительном его снижении в связи с интенсивностью боли в группе больных, прошедших хирургическое лечение, по сравнению с пациентами, лечение которых проводилось методами радиотерапии (Colman M.W. et al., 2015). Определены наиболее прогностически благоприятные факторы в отношении динамики качества жизни пациентов с опухолями позвоночника после хирургического лечения; к ним относятся: неврологический дефицит, ограничения физической активности в связи с состоянием здоровья, а также женский пол (Barzilai O. et al., 2018). Зафиксирован более низкий уровень тревоги, депрессии и меньшая интенсивность болевых ощущений у пациентов с опухолевым поражением позвоночника, проходящих первичное лечение, по сравнению с больными, у которых диагностирован рецидив заболевания (Schwab J.H. et al., 2017).

Говоря о качестве жизни пациентов с опухолями крестца, необходимо отметить, что сложность анатомии таза и замысловатая сеть кровеносных сосудов делают операции на крестце сложной процедурой. Помимо этого, стремление получить чистые края нередко заставляет жертвовать крестцовыми нервами, что нередко влечёт за собой двигательный дефицит, потерю функций кишечника и мочевого пузыря, дефицит половой функции (Nakai S. et al., 2000; Todd L.T. Jr. et al. 2002; Guo Y. et al. 2005).

Литература с 1953 по 2014 год включает несколько исследований, в которых была сделана попытка сопоставить неврологический дефицит с уровнем резекции крестцовых нервов (Nakai S. et al. 2000; Todd LT Jr. et al. 2002; Guo Y. Et al. 2005; Gunterberg B. et al. 1975; Gunterberg B. et al. 1976A; Gunterberg B. et al. 1976B; Andreoli F. et al. 1986; Fujimura Y. et al. 1994;

Fourney DR. et al. 2005; Hulen CA et al. 2006; Hsieh PC. et al. 2009; Puri A. et al. 2009; Zhang ZY. et al. 2011).

Позднее были проведены более крупные и тщательно задокументированные исследования, которые выявили важность нервных корешков уровня S3 в сохранении функций после операции (Nakai S. et al. 2000; Todd LT Jr. et al. 2002; Hulen CA et al. 2006; Puri A. et al. 2009).

В крупном исследовании L. Huang с соавт. (2016), посвящённом разработке системы оценивания неврологического дефицита при операциях на крестце, авторами показано влияние уровня резекции на сохранение функций и качество жизни.

Возможность сохранения нервного корешка S3 с одной стороны значительно снижает частоту и тяжесть дизурии (P 0,056), тогда как двустороннее сохранение S3 имеет решающее значение для предотвращения нарушения функций мочевого пузыря (P 0,003).

Сохранение хотя бы одностороннего корешка S3 значительно снижает частоту и степень запора, недержания и патологических ощущений по сравнению с двусторонним резецированием S3 (P  $\frac{1}{4}$  0,059, 0,007 и 0,002 соответственно). Между тем, значительное снижение функции (запор и недержание) наблюдается между односторонней резекцией S2 и двусторонним пересечением S1. Общая тенденция указывает на то, что сохранение, по крайней мере, с одной стороны корешка S2 необходимо для базового управления дефекацией (Huang L. et al. 2016).

Из-за низкой заболеваемости опухолями крестца точное влияние времени восстановления на послеоперационную функцию пока неясно (Huang L. et al. 2016).

Тем не менее, в последующем исследовании функционирования пациентов через 12 месяцев после операции, опубликованном Moran et al. (2015), значительные различия в функционировании были обнаружены только с течением времени: в течение первых 3 месяцев после операции изменились функции мочевого пузыря и в течение первых 6 месяцев – двигательная функция, при этом функции кишечника не менялись с течением времени.

По мнению ряда авторов, ранняя мобилизация и физиотерапия в послеоперационном периоде играет важную роль в профилактике осложнений и улучшает качество жизни (Somers M.F., 1992).

## **Глава 2.**

# **МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ КОСТЕЙ**

Исследования в клинике опухолевого поражения костей представляют относительно новое, быстро развивающееся направление в отечественной клинической психологии, и к настоящему времени уже наметились основные этапы развития методологии психологической диагностики в клинике опухолевого поражения костей опорно-двигательного аппарата.

### **2.1. Общий методологический подход: психологическая диагностика в клинике опухолевого поражения костей**

Психологическая диагностика в ортопедической клинике, в том числе изучение субъективной удовлетворённости качеством жизни в условиях болезни, находится в процессе становления и развития, в котором условно можно выделить три основных этапа.

Первый этап – традиционный, на котором, как и в случае другой онкологической патологии (Онкопсихологии, 2010), происходит интенсивное внедрение идей и методов клинической психологии в лечебно-восстановительный процесс, анализируется широкий круг индивидуально- и социально-психологических характеристик пациентов, основные параметры их качества жизни с целью поиска опор для профессиональной психологической помощи в условиях хронического заболевания, резко ограничивающего жизненные возможности и перспективы человека. В соответствии с методологией и традициями клинико-психологического подхода в психодиагностике, предполагающего углублённый и индивидуализированный характер исследования, сочувственное отношение к пациенту, особое внимание уделяется раскрытию отношения к болезни и лечению, а также личностного смысла заболевания, его места и значения в ценностно-смысловой системе пациента (Тхостов А.Ш., 2002; Василенко Т.Д., 2011; Вассерман Л.И. с соавт., 2014).

В соответствии с этим, в ранее проведённых исследованиях был изучен психологический статус (эмоциональное состояние, особенности личности, копинг-стратегии, смысложизненные ориентации) пациентов с опухолевым поражением костей в сопоставлении с психологическими характеристиками больных с другой онкологической патологией (Усманова Е.Б., 2014), изучены основные параметры качества жизни (Усманова Е.Б., 2013; Усманова с соавт., 2015) и их связь с психологическими характеристиками пациентов

с разными формами опухолевого поражения костей (Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., 2015а), влияние отношения к болезни на качество жизни таких пациентов (Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., 2017а; Shchelkova O.Y., Usmanova E.B., 2015), а также специфика взаимосвязи этих конструктов (качество жизни и отношение к болезни) при разных нозологических формах онкоортопедической патологии (Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., 2017б).

На втором этапе в русле дальнейшего развития методологии психологической диагностики в соматической клинике (Вассерман Л.И. и соавт., 2011; Вассерман Л.И. с соавт., 2014; Михайличенко Т.Г., Щелкова О.Ю., 2017) рассматриваются подходы к изучению субъективного аспекта качества жизни при хронических заболеваниях в интеграции с описанными ранее механизмами психологической адаптации к болезни (Вассерман Л.И. и соавт., 2010; Клиническая психология..., 2012). Таким образом, в настоящее время актуальным является рассмотрение в системном единстве – в единстве и взаимодействии (Ломов Б. Ф., 2003) – различных аспектов психического и социального функционирования пациента, характеризующих качество жизни в условиях болезни, и механизмов психологической адаптации.

Третий этап – перспективы развития методологии психологической диагностики в клинике опухолевого поражения костей – предполагает дальнейшую интеграцию медико-биологических, клинических, психологических и социальных факторов адаптации личности к болезни и лечению. В частности, в современных условиях необходимо учитывать возможности и эффекты высокотехнологичного лечения (в том числе с применением 3D-технологий), резко меняющие характер жизнедеятельности и отношение к ней пациентов с опухолевым поражением костей.

Важной целью исследований в этой области является определение наиболее значимых психологических, социальных и клинических (связанных с особенностями заболевания и оперативного лечения) факторов оптимизации качества жизни больных. Так, конкретными задачами психологического исследования данной категории пациентов при использовании названных методов лечения могут стать:

1) изучение основных характеристик функционального состояния и основных ограничений жизнедеятельности (включая субъективную оценку интенсивности болевых ощущений, объективную врачебно-экспертную оценку болевого синдрома, оценку функции ходьбы и др.) больных с опухолевым поражением костей в период до и после хирургического лечения;

2) изучение динамики основных параметров качества жизни (включая субъективную удовлетворённость физическим, психическим и социальным функционированием) больных, перенёсших эндопротезирование в связи с онкологическим поражением костей;

3) изучение взаимосвязи клинических характеристик (характер опухоли – злокачественная, доброкачественная, метастатическая; характер прогноза; объём хирургического лечения; интра- и послеоперационные

осложнения и др.) и основных параметров качества жизни больных с онкологическим поражением костей в восстановительном периоде после эндопротезирования;

4) изучение психологических характеристик (особенности эмоционального состояния, личности, мотивационно-смысловой сферы и системы значимых отношений (включая комплаенс и зоны максимальной социальной фрустрированности, стратегии стресс-преодолевающего поведения), и их взаимосвязь с основными параметрами качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей, перенёсших хирургическое лечение;

5) изучение взаимосвязи психологических, социальных, клинических характеристик с основными параметрами качества жизни больных с опухолевым поражением костей;

6) сопоставление динамики параметров качества жизни (включая основные объективные ограничения и субъективную удовлетворённость жизненным функционированием) пациентов с опухолевым поражением позвоночника, перенёсших разные виды хирургического лечения – ламинэктомию и вертебропластику;

7) определение с помощью методов математической статистики клинических, социальных и психологических характеристик, наиболее значимых для оптимизации качества жизни больных с опухолевым поражением костей после перенесённого хирургического лечения;

8) разработка на основании результатов эмпирического исследования основных направлений психологического сопровождения и оптимизации качества жизни больных с опухолевым поражением костей и позвоночника после хирургического лечения (эндопротезирования, ламинэктомии, вертебропластики).

Реализация этих задач, на наш взгляд, не только соответствует современному технологическому уровню онкоортопедии, но и поднимает психологическую диагностику в этой области на новый методологический уровень, так как предполагает изучение психологического статуса и качества жизни пациентов в неразрывной связи с клиническими характеристиками, особенностями и эффектами проведённого лечения, обеспечивая тем самым индивидуализированный, понимающий и раскрывающий подход к каждому пациенту, соответствующий лучшим традициям отечественной медицинской психологии (Щелкова О.Ю., 2009).

## 2.2. Методы исследования качества жизни

В настоящее время в медицине существуют десятки инструментов, измеряющих различные аспекты связанного со здоровьем качества жизни. Часть из них – это обобщённые меры качества жизни, предназначенные для оценки жизненного благополучия в целом и общего состояния здоровья всего населения или отдельных его возрастных групп. Другие – это болезнь-специ-

ифические меры качества жизни для отдельных диагностических групп пациентов. И, наконец, третья группа – частные меры качества жизни, оценивающие влияние болезни и лечения на отдельные сферы жизни человека (Бурковский Г.В. с соавт., 2000; Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2014).

### **2.2.1. Методы общей оценки качества жизни и состояния здоровья**

Одним из самых известных и распространённых методов исследования качества жизни больных, связанного со здоровьем, является опросник «SF- 36 Health Status Survey» (Ware J. E et al., 1993; Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003). Его 36 пунктов сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая 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; все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Количественно оцениваются следующие показатели: 1) физическое функционирование, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок; 2) ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность; 3) интенсивность боли и её влияние на возможность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; 4) общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения; 5) жизненная активность подразумевает ощущения себя полным сил и энергии или обессиленным; 6) социальное функционирование определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); 7) ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объёма работы, снижение её качества); 8) психическое здоровье характеризует настроение: наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Шкалы группируются в два основных показателя «физический компонент здоровья» (первые 4 шкалы) и «психологический компонент здоровья» (последние 4 шкалы).

Примером инструмента для оценки качества жизни в условиях болезни, выявляющим субъективное отношение пациентов к своему здоровью и актуальному состоянию, является опросник «Индекс хорошего самочувствия» (WHO-5, Well-Being Index) (Bech P. 2004). Методика разработана и рекомендована ВОЗ для количественной оценки общего – психического и физического – самочувствия различных категорий пациентов; включает

пять утверждений, касающихся различных аспектов самочувствия, и инструкцию выбора одного из шести возможных вариантов ответа, соответствующих актуальному состоянию пациента.

Полученные результаты, хоть и не могут сравниваться с валидизированными нормативными показателями, позволяют в скрининговом формате оценить субъективное восприятие пациентом своего состояния: от хорошего настроения, активности, бодрости, заинтересованности в окружающем до подавленности, пассивности, проявлений астении и апатии.

### **2.2.2. Методы оценки качества жизни больных с онкологическими заболеваниями**

В онкологической практике и научных исследованиях широко используется Опросник EORTC QLQ-C30, разработанный Группой Оценки качества жизни при Европейской Организации Лечения и Исследования Рака (EORTC Study Group on Quality of Life) во главе с N.K. Aaronson.

Теоретическая концепция, которая положена в основу опросника, состоит в том, что качество жизни является многомерной интегрированной характеристикой жизни человека. У человека, заболевшего таким тяжёлым заболеванием, как рак, некоторые параметры качества жизни приобретают определяющее значение, их можно идентифицировать и измерить.

На основании субъективной оценки качества жизни, проведённой самим больным, можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния здоровья больного. Методологическая основа, на которой базируется опросник, включает следующие положения: 1) специфичность к раку; 2) многомерность в структуре (т.е. наличие нескольких шкал, характеризующих качество жизни); 3) возможность заполнения опросника самим больным; 4) применимость в различных культурах.

Первым опросником, отвечающим данным критериям, явился опросник EORTC QLQ-C36, который разработан в 1987 году и относится к опросникам первого поколения. Он включает 36 вопросов и оценивает состояние здоровья больного по физическому, психологическому и социальному функционированию, общему качеству жизни и симптомам, связанным с болезнью и лечением. В результате усовершенствования и дополнения этого опросника разработан опросник второго поколения - EORTC QLQ-C30.

Этот опросник апробирован во многих международных клинических исследованиях. Многочисленные исследования показали его применимость для различных культур. Он отвечает критериям, разработанным для опросников, применяемым в онкологии – критериям надёжности, обоснованности и реализуемости.

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 со-

циальное благополучие), 3 шкалы симптоматики (слабость, тошнота/рвота и боль), шкалы общего качества жизни и 6 одиночных пунктов (одышка, нарушение сна, анорексия, констипация, диарея, финансовые затруднения) (Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А., 1998).

Кроме того, EORTC QLQ-C30 имеет дополнительные модули для отдельных нозологических форм рака (Ненарокомов А.Ю. и соавт., 2012).

### **2.2.3. Специализированные модули оценки качества жизни больных с опухолями костей и опухолями позвоночника**

Дополнительный (к специализированному опроснику качества жизни QLQ-C30) опросник качества жизни пациентов с опухолями костей EORTC «Bone Metastases» (BM22), использующийся для изучения специфических симптомов, отражающих качество жизни пациентов со злокачественными новообразованиями в костях. Модуль состоит из 22 вопросов и имеет 2 шкалы симптоматики (очаги боли и характер боли) и 2 функциональные шкалы (общее функционирование и психологические аспекты). Разработана русскоязычная версия опросника BM22, прошедшая полную психометрическую поверку на отечественной выборке больных с опухолями костей и доказавшая свою эффективность для оценки динамики функционального состояния пациентов в процессе хирургического лечения и определения основных направлений психологической помощи этой категории больных (Усманова с соавт., 2019).

Специализированный опросник качества жизни «Spine Oncology Study Group Outcomes Questionnaire (SOSG-OQ) разработан непосредственно для исследования качества жизни, связанного с опухолевым поражением всех отделов позвоночника (Janssen S.J. et al., 2017). Включает шкалы 20 вопросов, организованных в 5 шкал: «Физическая активность», «Неврологические функции» (двигательная, выделительная и др. функции), «Боль», «Социальный статус», «Эмоциональная активность». При анализе результатов следует учитывать, **что** более высокая шкальная оценка соответствует более высокому уровню качества жизни по каждой шкале. В отечественных исследованиях опросник применялся для изучения динамики основных параметров качества жизни пациентов с метастатическим поражением позвоночника до и после хирургического лечения (Щелкова О.Ю. и соавт. 2019).

## Глава 3.

# ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ

Основное направление представленных в монографии исследований касается изучения показателей качества жизни пациента в условиях болезни и психологических механизмов адаптации к ней. Это определяется тем, что до последнего времени в работах клинических психологов в значительно большей степени отражаются признаки нарушений психической адаптации у больных хроническими соматическими заболеваниями, а не факторы, обеспечивающие её успешность. В частности, при изучении больных онкологическими заболеваниями лишь немногие работы посвящены изучению психологического процесса интеграции болезни в жизненный путь человека, а также факторов, способствующих ему (Тарабрина Н.В. с соавт., 2010; Василенко Т.Д., 2011).

Выполненные в этом направлении психологические исследования больных с онкологическим поражением костей крайне малочисленны (Усманова Е.Б., 2014; Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., 2017; Paredes T. et al., 2011; Mason G.E et al., 2013; Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B., 2015). Практически отсутствуют исследования, в интегрированном виде рассматривающие качество жизни в условиях болезни и механизмы психологической адаптации к ней (эмоционально-аффективные состояния, индивидуально-типологические особенности личности, ценностно-мотивационная направленность личности, способы и ресурсы совладания со стрессом, тип отношения к болезни и лечению) у больных с опухолевым поражением костей.

### 3.1. Организация исследования

**Цель** проведения серии исследований в онкоортопедической клинике состояла в изучении основных параметров качества жизни и психологических характеристик, в совокупности обеспечивающих адаптацию личности к болезни пациентов с опухолевым поражением костей.

Общая цель реализовалась путём решения нескольких частных задач.

1. Сравнительный анализ качества жизни и психологических особенностей пациентов с разными нозологическими формами опухолевого поражения костей.

2. Установление взаимосвязи между основными параметрами качества жизни, клиническими и психологическими характеристиками больных.

3. Установление взаимосвязи между основными параметрами качества жизни и объективным соматическим и функциональным статусом больных с опухолевым поражением костей.

4. Определение влияния целостных профилей личности и отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей.

5. Отдельную исследовательскую задачу составило изучение взаимосвязи качества жизни и выживаемости пациентов с опухолевым поражением костей, проведенное по специально разработанной технологии с привлечением архивной документации и информационных баз данных НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина.

**Материал исследования** составили данные психологического исследования 120 пациентов с опухолевым поражением костей.

В группу вошли 41 пациент с остеосаркомой (С 40), 31 пациент с гигантоклеточной опухолью (D 48.0), 30 пациентов с хондросаркомой (С 40) (по Международной статистической классификации болезней 10 пересмотра, МКБ-10) и 18 пациентов с вторичным опухолевым поражением костей, а именно метастазами в кости при светлоклеточном раке почки (С64, по МКБ-10), находящихся на лечении в хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата НИИ клинической онкологии и в отделении вертебральной хирургии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина.

### *Социально-демографические характеристики*

Табл. 1. Демографические характеристики пациентов с опухолевым поражением костей

Демографические характеристики	ОстеоСа (n = 41)		ГКО (n = 31)		ХондроСа (n = 30)		Mts (n = 18)	
	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%
<b>Пол: Мужчины</b>	25	61	13	41,9	24	80	14	77,8
<b>Женщины</b>	16	39	18	58,1	6	20	4	22,2
<b>Средний возраст (лет)</b>	26,7 ± 1,9		36,06 ± 1,6		45,37 ± 0,89		54,88 ± 1,4	

**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

Большинство пациентов с остеосаркомой, хондросаркомой и метастатическим поражением костей – мужчины, в то время как в группе больных ГКО преобладают женщины. Разные группы характеризуются разным средним возрастом больных: больные остеосаркомой – молодые люди, средний возраст в этой группе составляет 27 лет. Пациенты с ГКО и хондросарко-

мой – люди среднего возраста, при этом больные ГКО, в среднем, моложе пациентов с хондросаркомой, средний возраст в этих группах – 36 и 45 лет соответственно. Пациенты с метастатическим поражением костей представляют самую старшую группу, средний возраст в которой составляет 55 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: пик заболеваемости остеосаркомой приходится на возраст до 30 лет, ГКО – на 30-е, 40-е годы жизни, в то же время пик заболеваемости хондросаркомой охватывает возрастную группу от 40 до 50 лет, а метастатическое поражение костей чаще выявляется у людей в возрасте старше 50 лет (Нейштадт Э.Л., Маркочев А.Б., 2007).

Анализ социальных факторов показал, что большинство пациентов с опухолевым поражением костей – люди со среднеспециальным и высшим образованием. Образовательный уровень пациентов представлен в таблице 2.

Табл. 2. Уровень образования больных с опухолевым поражением костей

Уровень образования	ОстеоСа (n = 41) А		ГКО (n = 31) В		ХондроСа (n = 30) С		Mts (n = 18) D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Среднее	19	46,3	10	32,3	8	26,7	3	16,7
Среднеспец.	8	19,5	7	22,6	13	43,3	6	33,3
Высшее	14	34,1	14	45,2	9	30	9	50

Большинство пациентов с ГКО и хондросаркомой продолжают профессиональную деятельность (51,6% и 60,0% соответственно), а большинство больных с остеосаркомой (51,2%) и метастатическим поражением костей (66,7%) не работают.

Распределение пациентов по семейному положению: большинство больных остеосаркомой свободны – 29 человек (70,7%), в то время как большинство пациентов с ГКО и хондросаркомой состоят в браке: 22 человека (71,0%) и 22 человека (73,3%) соответственно. При этом в группе пациентов с метастатическим поражением костей пациенты, состоящие в браке, 18 человек, составляют 100%.

### *Клинические характеристики*

В таблице 3 представлены результаты клинической оценки общего состояния пациентов с опухолевым поражением костей по шкалам Карновского (Karnofsky D.A., Burchenal J.H., 1949) и ECOG, полученные из историй болезни пациентов и отражающие объективный соматический статус больных.

Табл. 3. Объективный соматический статус пациентов с опухолью костей

Индекс Карновского/ Шкала ECOG-ВОЗ	ОстеоСа n = 41 А	ГКО n = 31 В	ХондроСа n = 30 С	Mts n = 18 D	Достоверные различия
	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	AD*** BD*** CD***
Шкала ECOG-ВОЗ	1,23 ± 0,1	1,41 ± 0,1	1,4 ± 0,12	2,12±0,12	AD*** BD*** CD***

**Примечание:** в этой и последующих таблицах в графе «Достоверные различия» знак \* соответствует уровню статистической значимости  $0,05 < p < 0,1$ ; \*\* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,01$ .

Объективный соматический статус больных с остеосаркомой, ГКО и хондросаркомой – с первичными опухолями костей – значительно лучше соматического статуса пациентов с метастатическим поражением костей.

В таблице 4 представлена характеристика больных с опухолевым поражением костей по длительности заболевания.

Табл. 4. Длительность заболевания пациентов с опухолевым поражением костей

Длительность заболевания	ОстеоСа n = 41 А	ГКО n = 31 В	ХондроСа n = 30 С	Mts n = 18 D
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m
С постановки диагноза (мес.)	16,68 ± 3,73	8,06 ± 2,1	18,03 ± 6,27	25,44 ± 6,7
С появления симптомов (мес.)	20,54 ± 3,58	12,66 ± 2,64	31,93 ± 8,94	25,78 ± 6,66

Самый большой промежуток между появлением симптомов и постановкой диагноза отмечается в группе пациентов с хондросаркомой (13,9 месяцев). Менее всего длится лечение больных ГКО – в среднем, 8,06 месяцев с момента постановки диагноза, тогда как больные остеосаркомой и хондросаркомой на время психологического исследования проходили лечение, в среднем, около полугода. Средняя длительность лечения пациентов с метастатическим поражением костей на момент проведения исследования составила 25,4 месяцев.

В таблице 5 представлена характеристика исследованных больных в соответствии с наличием осложнений.

Табл. 5. Осложнения в группе пациентов с опухолевым поражением костей

Осложнения	ОстеоСа n = 40 А	ГКО n = 31 В	ХондроСа n = 30 С	Mts n = 18 D
Отсутствуют	11 чел. (27,5%)	3 чел. (9,7%)	4 чел. (13,3%)	0 чел.
Незначительные осложнения	25 чел. (62,5%)	28 чел. (90,3%)	17 чел. (56,7%)	2 чел. (11,1%)
Тяжелые осложнения	4 чел. (10%)	0 чел.	9 чел. (30%)	16 чел. (88,9%)

У большинства пациентов с первичным опухолевым поражением костей отмечаются незначительные осложнения (62,5% больных остеосаркомой, 90,3% пациентов с ГКО, 56,7% больных с хондросаркомой). В тоже время большинство пациентов с метастатическим поражением костей страдают тяжёлыми осложнениями – 88,9% больных.

В таблице 6 представлена динамика течения заболевания.

Табл. 6. Динамика течения заболевания больных с опухолевым поражением костей

Динамика течения заболевания	ОстеоСа n = 41 А	ГКО n = 31 В	ХондроСа n = 30 С	Mts n = 18 D
Плановая госпитализация	35 чел. (85,4%)	31 чел. (100%)	28 чел. (93,3%)	5 чел. (27,8%)
Положительная динамика	5 чел. (12,2%)	0	2 чел. (6,7%)	0
Отрицательная динамика	1 чел. (2,4%)	0	0	13 чел. (72,2%)

Большинство пациентов с первичным опухолевым поражением костей были направлены на плановую госпитализацию, в то время как большая часть больных с метастатическим поражением костей госпитализированы в онкостационар с отрицательной динамикой.

В таблице 7 дано распределение пациентов с опухолевым поражением костей в зависимости от назначенного им хирургического лечения.

Табл. 7. Хирургическое лечение больных с опухолевым поражением костей

Хирургическое лечение	ОстеоСа n = 41 А	ГКО n = 31 В	ХондроСа n = 30 С	Mts n = 18 D
Отсутствует	8 чел. (19,5%)	0 чел.	0 чел.	1 чел. (5,6%)
Органосохранная операция с аллопластикой	2 чел. (4,9%)	15 чел. (48,4%)	15 чел. (50,0%)	3 чел. (16,7%)

Окончание таблицы 7

<b>Резекци с эндопротезированием</b>	29 чел. (70,7%)	16 чел. (51,6%)	12 чел. (40%)	14 чел. (77,8%)
<b>Ампутация</b>	2 чел. (4,9%)	0 чел.	3 чел. (10,0%)	0 чел.

Как показано в таблице 6, большинству пациентов с остеосаркомой (70,7%), ГКО (51,6%), метастазами в кости (77,8%) и только 40% больным хондросаркомой выполнена хирургическая операция в объёме резекции с эндопротезированием. В тоже время половине больных хондросаркомой выполнена более лёгкая органосохранная операция с аллопластикой. Ампутации подверглись 4,9% больных остеосаркомой и 10% пациентов с хондросаркомой. В группе пациентов с ГКО и с метастатическим поражением костей ампутации не проводились.

### **Методы исследования**

Для изучения основных параметров качества жизни использовались: 1) «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) (Вассерман Л.И. и соавт., 2011; Ware J.E. et al., 1993); 2) Усовершенствованный «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire 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) (Aaronson N.K. et al, 1993; Fayers P. et al., 1995); 3) Дополнительный модуль BM-22, предназначенный для оценки КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей (Aaronson N.K. et al, 1993; Fayers P. et al., 1995; Усманова с соавт., 2019).

Для изучения психологических особенностей и отношений пациентов с различными нозологическими формами опухолевого поражения костей использовались авторское структурированное интервью и психодиагностические тест-опросники «Доминирующее состояние» (Куликов Л.В., 2005) «Большая пятерка» (BIG V) (Первин О., Джон Л., 2001; Яничев Д.П., 2006), «Способы совладающего поведения» (ССП) (Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010), «Тест смысложизненных ориентаций» (СЖО) (Леонтьев Д.А., 2000), «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Вассерман Л.И., Карпова Э.Б., Иовлев Б.В. и др., 2014).

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 20.0 и Excel XP. Использовались: критерий  $\chi^2$  Пирсона, а также кластерный, факторный и многофакторный дисперсионный анализ.

## **3.2. Результаты исследования**

В соответствии с программой исследования на первом этапе с помощью клинико-психологического метода (беседа и авторское структурированное

интервью) и количественных методов были изучены основные параметры качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей, которые впоследствии сопоставлялись с клиническими и психологическими характеристиками больных, а также анализировались как факторы выживаемости при онкоортопедической патологии.

### 3.2.1. Качество жизни

В таблицах 8–9 представлены результаты изучения субъективной оценки пациентом изменения своего качества жизни в связи с онкологической патологией, полученные с помощью структурированного интервью.

Табл. 8. Изменение качества жизни по оценке больных

Изменение КЖ по оценке пациента	ОстеоСа n = 39 А	ГКО n = 31 В	ХондроСа n = 30 С	Mts n = 18 D
Незначительное	21 чел. (53,8%)	26чел. (83,9%)	17чел. (56,7%)	0
Значительное	18 чел. (46,2%)	5 чел. (16,1%)	13чел. (43,3%)	14чел. (77,8%)
Потеря дееспособности	0	0	0	4 чел. (22,2%)
$\chi^2 = 49,89 \quad p < 0,001$				

Как видно из таблицы 8, обнаружены высоко статистически значимые различия в оценке изменения КЖ в связи с болезнью пациентами с первичным опухолевым поражением костей и больными с метастатическим поражением костей: большинство пациентов с первичным опухолевым поражением оценивают изменение своего качества жизни как незначительное, потерявших дееспособность среди пациентов с первичными опухолями нет, в тоже время больные с метастазами в кости отмечают у себя значительное изменение КЖ, а 4 человека (22,2%) – потерю дееспособности. При этом большое число больных с остеосаркомой (46,2%) и хондросаркомой (43,3%) всё же оценивают изменение своего качества жизни как значительное, а пациенты с ГКО, оценивающие изменения в качестве жизни как значительные, составляют всего 16,1% из больных своей группы.

В таблице 9 представлены результаты исследования степени удовлетворённости пациентов с опухолью костей различными аспектами своего социального функционирования в условиях онкологического заболевания.

**Табл. 9.** Степень удовлетворённости пациентов с опухолью костей различными аспектами своего социального функционирования

Сферы социального функционирования	ОстеоСа n = 41 А	ГКО n = 31 В	ХондроСа n = 30 С	Mts n = 18 D	Достоверные различия
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
<b>Взаимоотношения с родными и близкими</b>	1,76 ± 0,11	1,67 ± 0,1	1,69 ± 0,12	1,66 ± 0,11	
<b>Взаимоотношения с ближайшим социальным окружением</b>	1,82 ± 0,11	1,93 ± 0,11	1,84 ± 0,1	1,98 ± 0,1	
<b>Социальный и профессиональный статус</b>	2,19 ± 0,12	2,01 ± 0,11	1,91 ± 0,12	1,97 ± 0,15	АС*
<b>Материально-экономическое положение</b>	2,18 ± 0,1	2,23 ± 0,1	2,26 ± 0,13	2,43 ± 0,13	AD*
<b>Здоровье и работоспособность</b>	2,68 ± 0,11	2,49 ± 0,1	2,55 ± 0,13	2,86 ± 0,14	BD** CD*

**Примечания:** сферы социального функционирования и градации удовлетворенности ими (от 1 – полная удовлетворенность до 5 – полная неудовлетворенность) соответствуют медико-социальной шкале «Уровень социальной фрустрированности» (Вассерман Л.И., Бербин М.А., Иовлев Б.В., 2014).

В этой и последующих таблицах в графе «Достоверные различия» знак \* соответствует уровню статистической значимости  $0,05 < p < 0,1$ ; \*\* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,01$ .

Как видно из таблицы 9, зоной наибольшей социальной фрустрированности у больных с опухолевым поражением костей является здоровье и работоспособность. Тяжёлое лечение, включающее в большинстве случаев хирургическую операцию с эндопротезированием, значительно влияет на общее самочувствие пациентов и их возможность выполнять какую-либо работу. При этом обнаружены значимые различия между больными с остеосаркомой и пациентами с хондросаркомой в зоне «Социальный и профессиональный статус»: 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. Принимая во внимание возраст больных с метастазами (большинство пациентов старше 50 лет) и обращаясь к беседе с пациентами, можно сделать вывод, что забота о них ложится на плечи детей, отчего больные с метастазами в кости зачастую остро чувствуют неудовлет-

ворённость собственными возможностями в материально-экономической сфере и сфере своей работоспособности, не имея финансовой и физической возможности самостоятельно позаботиться о себе.

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

**Качество жизни, связанное с общим состоянием здоровья пациентов**

В таблицах 10–11 представлены результаты изучения основных параметров качества жизни и различий между ними в группах пациентов с различными нозологическими формами опухолевого поражения костей.

**Табл. 10.** Показатели качества жизни, связанного с общим статусом здоровья, пациентов с опухолевым поражением костей

Шкалы «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» (SF-36)	OsteoSa n = 41 A	ГКО n = 31 B	ХондроСа n = 30 C	Mts n = 18 D	Достоверные различия
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Общее здоровье (GH)	59,73 ± 3,19	58 ± 2,6	58,63 ± 3,75	49,55 ± 5,83	AD*
Физическая активность (PF)	49,38 ± 4	41,77 ± 4,88	53,83 ± 6,6	43,33 ± 8,27	
Роль физических проблем (RP)	33,13 ± 6,11	22,58 ± 6,7	40 ± 8,14	19,44 ± 8,46	BC* CD*
Роль эмоциональных проблем (RE)	47,5 ± 6,93	48,39 ± 7,99	58,89 ± 8,08	35,18 ± 10,18	CD*
Социальная активность (SF)	65,63 ± 4,41	60,89 ± 4,55	69,17 ± 5,2	58,33 ± 7,13	
Боль (BP)	52,75 ± 4,82	47,48 ± 4,97	47,07 ± 5,02	36,5 ± 4,43	AD***BD*CD*
Жизненная активность (VT)	62,13 ± 3,53	60,48 ± 2,8	63,67 ± 4,42	48,33 ± 5,55	AD** BD**CD**
Психическое здоровье (MH)	65,6 ± 3,27	61,29 ± 2,82	64 ± 3,93	61,33 ± 5,78	

**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 и ожидалось, качество жизни пациентов с первичным опухолевым поражением костей значительно выше качества жизни больных с метастазами в кости. Результаты, представленные в таблице 9, свидетельствуют о наличии статистически значимых различий между больными с остеосаркомой и пациентами с метастатическим поражением костей по параметру общего здоровья: больные с остеосаркомой существенно выше оценивают своё состояние здоровья в настоящий момент и перспективы лечения, чем больные с метастазами в кости.

Также выявлены различия между пациентами с ГКО, пациентами с метастатическим поражением костей и больными хондросаркомой по шкале «Роль физических проблем». 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.

Согласно представленным результатам исследования, между пациентами с первичным опухолевым поражением костей (остеосаркома, ГКО, хондросаркома) и больными с метастатическим поражением костей выявлены различия по параметрам интенсивности боли и жизненной активности. 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.

### ***Качество жизни, связанное с опухолевым поражением костей***

В дальнейшем с помощью методики «Усовершенствованный опросник качества жизни» EORTC QLQ C-30, предназначенной для изучения КЖ онкологических больных, и специализированного модуля VM-22, специально разработанного для изучения КЖ больных с опухолевым поражением костей, были определены различия между группами больных по показателям, отражающим качество жизни больных с онкоортопедической патологией.

**Табл. 11.** Показатели качества жизни, связанного с тяжелым поражением опорно-двигательного аппарата (опухоль костей)

Шкалы EORTC QLQ C-30	ОстеоСа n=41 A	ГКО n=31 B	ХондроСа n= 30 C	Mts n =18 D	Достоверные различия
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Общее состояние здоровья (QL2)	56,3 ± 3,46	47,85 ± 4	52,78 ± 5,96	43,52 ± 5,79	AD* AB*

Шкалы EORTC QLQ C-30	ОстеоСа n=41 А	ГКО n=31 В	ХондроСа n= 30 С	Mts n =18 D	Достоверные различия
	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m	
Физическая активность (PF2)	65,69 ± 3,67	63,23 ± 4,04	68,64 ± 4,77	57,78 ± 6,44	CD*
Ролевая активность (RF2)	56,91 ± 5,34	52,15 ± 5,49	62,35 ± 6,1	46,3 ± 7,66	CD*
Эмоциональная активность (EF)	70,73 ± 3,69	69,62 ± 4,22	70,06 ± 4,45	68,52 ± 6,3	
Когнитивная активность (CF)	84,96 ± 3,16	82,26 ± 3,51	81,48 ± 4,28	77,78 ± 4,6	
Социальная активность (SF)	64,63 ± 5,6	56,45 ± 5,01	72,84 ± 5,81	55,56 ± 8,08	BC** CD**
Слабость (FA)	41,19 ± 3,97	41,58 ± 3,99	41,98 ± 5,25	51,85 ± 6,73	
Тошнота и рвота (NV)	8,13 ± 2,64	5,38 ± 2,14	3,7 ± 2,28	7,41 ± 2,85	
Боль (PA)	39,43±5,03	52,15±5,87	49,38 ± 6,31	60,19±6,07	AB* CD* AD***
Одышка (DY)	21,14 ± 4,68	12,9 ± 4,06	18,52 ± 5,83	37,04 ± 8,27	AD* CD* BD***
Бессонница (SL)	33,33 ± 5,14	35,48 ± 5,65	44,44 ± 7,02	48,15 ± 7,95	AD*
Потеря аппетита (AP)	24,39 ± 4,41	33,33 ± 5,44	20,99 ± 6,05	31,48 ± 8,53	
Констипация (CO)	13,82 ± 4,25	15,05 ± 4,4	17,28 ± 5,25	22,22 ± 6,79	
Диарея (DI)	4,88 ± 1,89	6,45 ± 3,3	7,41 ± 3,31	11,11 ± 4,8	
Финансовые затруднения (FI)	56,1 ± 5,33	59,14 ± 6,23	53,09 ± 6,35	53,7 ± 8,83	
Шкалы модуля QLQ-BM22					
Локализация боли (BMPS)	18,54 ± 1,97	24,67 ± 3,32	22,93 ± 4,05	30,74 ± 3,09	AB* CD* AD***
Характер боли (BMPC)	25,47 ± 4,88	32,96 ± 4,68	33,78 ± 5,34	38,89 ± 5,64	AD*
Ограничения активности (BMFI)	67,07 ± 4,4	60,97 ± 3,94	62,67 ± 5,34	46,53 ± 5,71	AD*** BD** CD**

Окончание таблицы 11

Шкалы EORTC QLQ C-30	ОстеоСа n=41 А	ГКО n=31 В	ХондроСа n= 30 С	Mts n =18 D	Достоверные различия
	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m	
Психосоциальные аспекты (ВМРА)	45,8 ± 3,46	43,15 ± 3,44	49,33 ± 3,56	44,75 ± 5,2	

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

Данные специализированного опросника QLQ C-30, представленные в таблице 10, согласуются с данными общего опросника качества жизни SF-36, дополняя их. Опросник QLQ C-30, чувствительный к различиям составляющих качества жизни непосредственно онкологических больных, так же, как и опросник SF-36, выявляет различия в общем состоянии здоровья пациентов с остеосаркомой и метастазами в кости: больные с метастатическим поражением костей оценивают своё здоровье гораздо хуже пациентов с остеосаркомой. При этом выявлены различия между общим состоянием здоровья пациентов с ГКО и больных остеосаркомой: больные ГКО характеризуются сниженным общим состоянием 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, согласно результатам данного опросника, больные хондросаркомой обладают также большей социальной активностью, чем пациенты с ГКО.

Согласно данным специализированного опросника QLQ C-30, которые согласуются с представленными выше данными опросника SF-36, 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, 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 бессоннице, чем пациенты с остеосаркомой.

Данные модуля ВМ-22, предназначенного непосредственно для измерения качества жизни пациентов с локализацией злокачественного процесса в костях, подтверждают данные опросника QLQ C-30: пациенты с метаста-

тическим поражением костей испытывают более распространённые болевые ощущения, чем больные остеосаркомой и хондросаркомой. Кроме того, у больных с метастазами боль носит более интенсивный характер, чем у пациентов с остеосаркомой. При этом пациенты с ГКО также отличаются от больных остеосаркомой более распространёнными болевыми ощущениями. Также, по данным модуля, ограничение активности, связанное непосредственно с поражением костей, среди больных с метастазами выше, чем среди пациентов остальных групп.

В целом, полученные результаты сравнительного исследования показали, что качество жизни пациентов с метастатическим поражением костей гораздо ниже качества жизни пациентов с первичным опухолевым поражением костей, при этом качество жизни больных с ГКО ниже качества жизни пациентов с остеосаркомой и хондросаркомой.

### *Соотношение качества жизни и объективного соматического статуса больных с опухолевым поражением костей*

Для определения психологических факторов качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей существенное значение имеет сравнительный анализ оценки общего состояния пациентов с опухолевым поражением костей по шкалам Карновского и ECOG, отражающих объективный соматический статус пациентов, и данных изучения качества жизни больных, связанного с общим состоянием здоровья (SF-36), с онкологическим заболеванием (QLQ C-30), а также непосредственно с опухолевым поражением опорно-двигательного аппарата (BM 22).

Согласно полученным данным, соматический статус больных с первичным опухолевым поражением костей и соматический статус пациентов с метастатическим поражением костей существенно различаются: физическое состояние пациентов с метастазами в кости значительно хуже состояния больных с первичной опухолью костей. При этом качество жизни больных с метастатическим поражением костей также ниже качества жизни пациентов с первичным опухолевым поражением костей. Снижение КЖ пациентов с метастатическим поражением костей отмечено в ряде современных исследований (Klaff R., 2015; Morishige M. et al., 2015; Perisano C. et al., 2015). Среди параметров качества жизни, связанного с общим состоянием здоровья, следует выделить ухудшение общего состояния здоровья больных с метастатическим поражением костей по сравнению с больными остеосаркомой, а также более значительную роль физических и эмоциональных проблем в группе пациентов с метастазами в кости по сравнению с больными хондросаркомой. Помимо этого, больные с метастатическим поражением костей испытывают более интенсивные болевые ощущения, чем пациенты с первичным опухолевым поражением костей, и характеризуются более низкой жизненной активностью. Полученные данные согласуются с результатами исследования качества жизни больных саркомой костей, проведённо-

го S. Furtado, R.J. Grimer (2015) и выявившего снижение КЖ пациентов по параметрам физической активности и интенсивности болевых ощущений.

Необходимо отметить снижение КЖ пациентов с метастатическим поражением костей по параметру общего состояния здоровья по сравнению с больными остеосаркомой. Кроме того, больные с метастазами в кости характеризуются меньшей физической, ролевой и социальной активностью по сравнению с больными хондросаркомой. Также для пациентов с метастатическим поражением костей свойственны более выраженные болевые ощущения, чем для пациентов с остеосаркомой и хондросаркомой. Помимо этого, больные с метастатическим поражением костей значительней, чем пациенты с первичным опухолевым поражением костей, страдают одышкой. Больные с метастазами в кости испытывают больше проблем с бессонницей, чем пациенты с остеосаркомой.

Останавливаясь на вопросе качества жизни, связанного непосредственно с опухолевым поражением костей, необходимо отметить, что пациенты с метастатическим поражением костей испытывают более распространённые болевые ощущения, чем пациенты с остеосаркомой и хондросаркомой, и более интенсивные по сравнению с больными остеосаркомой. Кроме того, пациенты с метастазами в кости характеризуются более выраженными ограничениями активности, чем больные с первичным опухолевым поражением костей.

В тоже время между группами больных с остеосаркомой, ГКО и хондросаркомой не было обнаружено различий в объективном соматическом статусе пациентов. При этом выявлены различия в параметрах качества жизни больных, показывающие, что пациенты с ГКО характеризуются сниженным качеством жизни по сравнению с больными остеосаркомой и хондросаркомой. Важно отметить, что в группах пациентов с остеосаркомой, ГКО и хондросаркомой проводилось хирургическое лечение в приблизительно одинаковом объёме (статистически значимых различий между группами больных не выявлено). Однако пациенты с ГКО характеризуются большей ролью физических проблем, чем пациенты с хондросаркомой, по параметрам качества жизни, связанного с общим состоянием здоровья. По параметрам качества жизни, связанного с онкологическим заболеванием, больным с ГКО свойственно сниженное общее состояние здоровья и более выраженные болевые ощущения по сравнению с больными остеосаркомой, а также снижение социальной активности по сравнению с больными хондросаркомой. Кроме того, по параметрам качества жизни, связанного непосредственно с опухолевым поражением опорно-двигательного аппарата, пациенты с ГКО характеризуются более распространёнными болевыми ощущениями, чем пациенты с остеосаркомой.

На основании результатов исследования можно заключить, что снижение качества жизни пациентов с метастатическим поражением костей по сравнению с больными первичным опухолевым поражением костей соот-

ветствует худшему соматическому статусу пациентов с метастазами в кости. Однако сниженное качество жизни пациентов с ГКО по сравнению с больными остеосаркомой и хондросаркомой не находит соответствия в объемном соматическом статусе пациентов. Таким образом, особую остроту приобретает вопрос о психологических аспектах качества жизни больных.

### 3.2.2. Эмоциональное состояние

В таблице 12 представлены результаты сравнительного исследования доминирующего эмоционального состояния в группах пациентов с опухолевым поражением костей, проведенного с помощью опросника «Доминирующее состояние» (ДС). Кроме того, в каждой из нозологических групп изучены различия между шкальными оценками методики ДС и нормативными данными, выраженными в стандартизованных Т-баллах ( $T = 50$ ,  $\delta = 10$ ).

Табл. 12. Показатели доминирующего эмоционального состояния пациентов с опухолью костей

Шкалы методики ДС	ОстеоСа n = 41 А	ГКО n = 31 В	ХондроСа n = 30 С	Mts n = 18 D	Достоверные различия
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Активное-пассивное отношение к жизненной ситуации	47,66 ± 2,09	43,5 ± 1,92	42,28 ± 1,81	42,77 ± 3,1	AB* AC**
Тонус высокий-низкий	28,85 ± 2,24	29,67 ± 1,84	28,55 ± 2,75	32 ± 4,6	
Спокойствие-тревога	24,37 ± 1,86	28,6 ± 2,09	25,24 ± 2,67	24,11 ± 3,5	AB*
Устойчивость-неустойчивость эмоционального тона	30,24 ± 2,1	28,2 ± 1,96	29,52 ± 2,7	27,89 ± 4,5	
Удовлетворенность-неудовлетворенность жизнью	42,1 ± 2,68	45,47 ± 2,14	38,28 ± 2,58	35,67 ± 4,65	BC** BD*
Положительный-отрицательный образ самого себя	30,44 ± 1,79	27,6 ± 1,35	24,76 ± 1,68	25,11 ± 3,17	AC**

Пациенты с опухолевым поражением костей характеризуются приближенными к норме значениями по шкале «Активное-пассивное отношение к жизненной ситуации», при этом больные остеосаркомой склонны к более

активному и оптимистическому отношению к жизненной ситуации, более готовы к преодолению препятствий, чем больные ГКО и хондросаркомой. 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.

Пациенты с опухолевым поражением костей характеризуются низкими, по сравнению с нормативной выборкой, значениями по шкале «Тонус высокий-низкий». Следовательно, можно сделать вывод о том, что больным с опухолем костей свойственна усталость, несобранность, инертность и низкая работоспособность. Эти данные согласуются с результатами, представленными в таблице 9, показавшими, что зоной наибольшей социальной фрустрированности в данной группе больных является здоровье и работоспособность. У пациентов с опухолевым поражением костей снижена возможность проявлять активность, уменьшен ресурс сил, повышена утомляемость. Кроме того, можно отметить склонность больных данной группы проявлять астенические реакции в ответ на возникающие трудности.

Согласно полученным результатам, по шкале «Спокойствие-тревога» больные с опухолевым поражением костей также характеризуются низкими значениями по сравнению с нормой, что позволяет сделать вывод о повышенной склонности пациентов испытывать беспокойство в широком круге жизненных ситуаций, видеть угрозу благополучию без чёткой оценки причин, предчувствовать будущую угрозу без ясного осознания её источников. Тем не менее, стоит отметить, что больные ГКО более уверены в своих силах и возможностях, чем пациенты с остеосаркомой.

Низкие по сравнению с нормой 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 «Удовлетворённость-неудовлетворённость жизнью в целом» для больных с опухолевым поражением костей характерны близкие к норме значения: пациенты с опухолем костей удовлетворены своей жизнью в целом, готовы брать на себя ответственность за происходящее с ними. При этом выявлены статистически значимые различия по данной шкале между группой пациентов с ГКО и группой больных с хондросаркомой и метастазами в кости. Это говорит о том, что пациенты с хондросаркомой и метастатическим поражением костей более склонны, чем пациенты с ГКО, низко оценивать свою личностную успешность, им более свойственно неполное самораскрытие, отсутствие ощущения внутренней опоры, а также уход в сомнения, позволяющий уклониться от необходимости делать жизненный выбор.

Низкие, в сравнении с нормативными данными, 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.

### 3.2.3. Личностные характеристики

Личностные характеристики больных с опухолевым поражением костей были изучены с помощью личностного теста-опросника «Большая пятерка» (Big V). Результаты исследования представлены в таблице 13.

Табл. 13. Личностные характеристики пациентов с опухолью костей

Шкалы методики Big V	ОстеоСа n=41 А	ГКО n=29 В	ХондроСа n= 28 С	Mts n =17 D	Достоверные различия
	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m	
Экстраверсия	25,44 ± 0,83	25,83 ± 0,8	25,43 ± 0,86	27,52 ± 1,09	
Самосознание	30,46 ± 0,85	31,14 ± 0,61	30,29 ± 0,92	30,88 ± 1,48	
Сотрудничество	34,46 ± 0,69	32,86 ± 0,66	32,25 ± 0,97	32,18 ± 1,32	AB* AC* AD*
Эмоциональная стабильность	24,07 ± 1,01	25,1 ± 1,22	25,43 ± 1,21	25,06 ± 2,02	
Личностные ресурсы	28,76 ± 0,87	25,52 ± 0,83	24,64 ± 1,17	26,47 ± 1,62	AB*** AC***

Представленные в таблице 13 данные показывают, что больным с остеосаркомой свойственны более высокие значения по шкале «Сотрудничество», чем пациентам остальных групп. Это характеризует пациентов с остеосаркомой как мягкосердечных, доброжелательных и доверчивых людей. Кроме того, больные с остеосаркомой характеризуются более высокими значениями по шкале «Личностные ресурсы», чем пациенты с ГКО и хондросаркомой: пациентам с остеосаркомой свойственен более широкий круг интересов и богатое воображение; их можно охарактеризовать как более творческих людей по сравнению с пациентами других групп; стремление к самосовершенствованию для них является одним из самых главных мотивов поведения и одной из главных жизненных ценностей.

Средние шкальные оценки теста-опросника «Большая пятёрка» пациентов всех нозологических групп значимо не отличаются от нормативных данных, полученных на отечественной выборке.

В дополнение к сравнительному анализу средних шкальных оценок был проведён частотный анализ встречаемости отдельных уровней выраженности каждой из пяти личностных характеристик. Диапазоны шкальных оценок, соответствующие различным уровням выраженности признака (очень низкие значения, низкие значения, значения ниже среднего, средние значения, значения выше среднего, высокие значения, очень высокие значения), были получены Д.П. Яничевым (2006) при анализе результатов отечественной нормативной выборки (n = 131 чел.). В настоящем исследовании различия частот встречаемости различных уровней выраженности отдельных черт личности выявлены только для шкалы «Личностные ресурсы».

**Табл. 14.** Распределение частот встречаемости различных уровней выраженности характеристики «Личностные ресурсы» (методика в группах пациентов с опухолью костей)

Значения оценок методики Big V	ОстеоСа n = 41 А	ГКО n = 29 В	ХондроСа n = 28 С	Mts n = 17 D
Очень низкие значения	0	0	4 чел.(14,3%)	0
Низкие значения	3 чел. (7,3%)	6 чел. (20,7%)	2 чел. (7,1%)	6 чел. (35,3%)
Значения ниже среднего	10 чел. (24,4%)	5 чел. (17,2%)	9 чел. (32,1%)	1 чел. (5,9%)
Средние значения	14 чел. (34,2%)	13 чел. (44,8%)	9 чел. (32,1%)	7 чел. (41,2%)
Значения выше среднего	8 чел. (19,5%)	4 чел. (13,8%)	2 чел. (7,1%)	0
Высокие значения	1 чел. (2,4%)	1 чел. (3,5%)	1 чел. (3,6%)	1 чел. (5,9%)
Очень высокие значения	5 чел. (12,2%)	0	1 чел. (3,6%)	2 чел. (11,8%)
$\chi^2 = 37037 \quad p < 0,005$				

Во всех нозологических группах преобладает процент средних оценок шкалы «Личностные ресурсы». Однако совокупный процент шкальных оценок, превосходящих средние значения, значительно выше в группе больных с остеосаркомой. Это ещё раз подтверждает то, что больные с остеосаркомой более открыты новому опыту, готовы к поиску неординарных решений и творческому развитию личности в большей степени, чем пациенты других групп.

### 3.2.4. Способы совладающего поведения

В таблице 15 представлены результаты изучения копинг-стратегий больных с опухолью костей, полученные с помощью методики «Способы совладающего поведения» (ССП).

Табл. 15. Показатели стратегий стресс-преодолевающего поведения больных с опухолью костей

Шкалы методики ССП	ОстеоСа n = 41 А	ГКО n = 31 В	ХондроСа n = 26 С	Mts n = 17 D	Достоверные различия
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Конфронтация	49,05 ± 1,57	47,42 ± 1,6	47 ± 2,43	47,41 ± 2,6	
Дистанцирование	49,68 ± 1,54	49,39 ± 2,07	48,12 ± 2,78	50,94 ± 2,52	
Самоконтроль	48,73 ± 1,63	47,84 ± 2,08	45 ± 2,86	48,05 ± 3,2	
Поиск социальной поддержки	48,45 ± 2,03	49 ± 1,82	46,5 ± 2,07	55,12 ± 2,4	AD** BD*** CD***
Принятие ответственности	45,1 ± 1,85	47,81 ± 1,56	44,12 ± 1,97	48,12 ± 2,45	BC*
Бегство-избегание	52,48 ± 1,14	48,19 ± 1,84	47 ± 2,55	49,82 ± 2,58	AB** AC**
Планирование решения проблемы	48,8 ± 1,81	47,13 ± 1,89	47,58 ± 2,39	52 ± 2,92	
Положительная переоценка	51,45 ± 1,87	47,81 ± 1,92	47,38 ± 2,19	54,59 ± 2,42	AB* AC* BD** CD**

Для больных с опухолевым поражением костей четырёх сравниваемых групп характерно умеренное использование стратегий стресс-преодолевающего поведения и отсутствие статистически значимых различий по всем шкалам методики ССП с нормативными данными ( $T = 50$ ,  $\delta = 10$ ); ни в одной из групп не выявлено существенного преобладания определённой стратегии: характерно гармоничное и сбалансированное использование всего спектра копинг-стратегий при преодолении стрессовых и трудных жизненных ситуаций. В тоже время выявлены статистически значимые различия между группами по предпочтению определённых копинг-стратегий.

Так, для пациентов с метастазами в кости более характерен поиск социальной поддержки, чем для больных с первичным опухолевым поражением костей. Пациенты с метастатическим поражением костей склонны искать возможность использования внешних ресурсов для разрешения проблемной ситуации, для них характерна ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание поддержки. Отрицательной стороной поиска социальной поддержки является возможность формиро-

вания зависимой позиции, чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим. Но так как у пациентов с метастатическим поражением костей достаточно высокие значения по шкале «Принятие ответственности», то можно сделать вывод о том, что стратегия поиска социальной поддержки в этой группе больных является адаптивной: пациенты с метастазами в кости активно привлекают внешние ресурсы для решения проблемной ситуации, при этом не впадая в зависимую позицию. Кроме того, необходимо принять во внимание возраст пациентов данной группы: большинство больных с метастазами в кости старше 50 лет и не ведут трудовую деятельность, что проясняет ориентированность этих пациентов на использование помощи окружающих.

Пациенты с ГКО более склонны признавать свою роль в возникновении проблемы и ответственность за её решение, чем больные хондросаркомой. Полученные результаты согласуются с данными опросника «Доминирующее состояние»: по шкале «Удовлетворённость-неудовлетворённость жизнью в целом» больные ГКО имеют более высокие оценки, чем пациенты с хондросаркомой, что говорит о большей склонности пациентов с ГКО брать на себя ответственность за происходящее в своей жизни.

Стратегия «Бегство-избегание» является более распространённой среди больных с остеосаркомой, чем в группе пациентов с ГКО и хондросаркомой. Пациенты с остеосаркомой склонны к попыткам преодоления негативных переживаний в связи с болезнью за счёт реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий.

Кроме того, выявлены различия между группами пациентов по шкале «Положительная переоценка». Для больных с остеосаркомой и метастатическим поражением костей более характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение её в более широкий контекст работы личности над саморазвитием, чем для больных с ГКО и хондросаркомой. Предпочтение этой стратегии открывает пациентам с остеосаркомой и метастазами в кости возможность личностного роста в процессе преодоления проблемной ситуации, но при этом также существует возможность недооценки практических возможностей разрешения ситуации.

### **3.2.5. Ценностно-мотивационная направленность личности**

Результаты изучения ценностно-мотивационной направленности личности больных с опухолью костей, полученные с помощью методики «Смысловые ориентации» (СЖО), представлены в таблице 16.

Табл. 16. Показатели ценностно-мотивационной направленности пациентов с опухолью костей

Шкалы методики СЖО	ОстеоСа n = 40 А	ГКО n = 30 В	ХондроСа n = 27 С	Mts n = 17 D	Достоверные различия
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Цели в жизни	27,93 ± 0,87	27,1 ± 1,11	28,15 ± 1,28	30,35 ± 1,6	BD*
Процесс жизни	30,6 ± 0,97	28,37 ± 1,21	30,85 ± 1,25	30,71 ± 1,71	AB*
Результативность жизни	26,73 ± 0,83	24,73 ± 1,17	26,89 ± 1,14	27,65 ± 1,55	
Локус контроля – Я	21,7 ± 0,60	20,53 ± 0,92	21,04 ± 0,85	21,94 ± 1,13	
Локус контроля – Жизнь	28,45 ± 1,14	31,13 ± 1,3	31,22 ± 1,16	30,24 ± 1,73	AB* AC*
Общий показатель осмысленности жизни	135,4 ± 3,75	131,87 ± 4,91	138,15 ± 4,93	140,88 ± 7,09	AE** BE* CE** DE**

Показатели пациентов с опухолью костей по всем шкалам методики СЖО значимо не отличаются от данных, полученных автором методики на нормативной выборке (Леонтьев Д.А., 2000). Исключение составляет шкала «Общий показатель осмысленности жизни»: по этой шкале пациенты с опухолевым поражением костей характеризуются большими значениями по сравнению с данными нормативной выборки (для мужчин  $M = 103,10$ ,  $\delta = 15,03$ ; для женщин  $M = 95,76$ ,  $\delta = 16,54$ ), что отражает факт большей наполненности жизни смысловым содержанием и большей интернальности пациентов онкоортопедической клиникой по сравнению со «средней нормой». Это указывает на значительный личностный потенциал пациентов для преодоления стресса болезни.

По показателям методики СЖО получены статистически значимые различия между сравниваемыми группами. Анализ данных, представленных в таблице 16, показывает, что пациенты с метастатическим поражением костей более склонны ставить цели на будущее, чем больные с ГКО. Наличие в жизни пациентов с метастазами в кости целей в будущем придаёт жизни пациентов осмысленность, направленность и временную перспективу, что менее характерно для больных с ГКО.

Пациенты с остеосаркомой воспринимают процесс своей жизни как более интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, чем больные ГКО.

Пациенты с ГКО и хондросаркомой характеризуются большей убежденностью в возможностях человека контролировать свою жизнь, принимать собственные решения и воплощать их в жизнь, чем пациенты с остеосаркомой.

### 3.2.6. Отношение к болезни и лечению

Различные аспекты отношения к болезни и лечению изучались с помощью авторского структурированного интервью и методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ).

С помощью интервью было изучено субъективное представление пациентов о своей болезни, её прогнозе, необходимости лечения и др. аспектах, составляющих содержание концепта «модель болезни».

В таблице 17 представлено распределение пациентов с опухолевым поражением костей в соответствии с психологической реакцией на онкологическое заболевание. Выделение типов реакции основано на предложенной Е. Kubler-Ross (1969) периодизации реагирования на онкологическое заболевание.

Табл. 17. Психологическая реакция на заболевание пациентов с опухолевым поражением костей

Психологическая реакция на болезнь	ОстеоСа n = 31 А	ГКО n = 31 В	ХондроСа n = 30 С	Mts n = 18 D
«Отрицание»	31 чел. (75,6%)	17 чел. (54,8%)	20 чел. (66,7%)	12 чел. (66,7%)
«Гнев»	0	0	0	0
«Торг»	2 чел. (4,9%)	3 чел. (9,7%)	1 чел. (3,3%)	3 чел. (16,7%)
«Депрессия»	2 чел. (4,9%)	2 чел. (6,5%)	4 чел. (13,3%)	3 чел. (16,7%)
«Принятие»	6 чел. (14,6%)	9 чел. (29%)	5 чел. (16,7%)	0

Как видно из таблицы 16, большинство пациентов с опухолевым поражением костей склонны реагировать на болезнь отрицанием. Значимых различий между группами пациентов по способу реагирования на болезнь не обнаружено. При этом среди пациентов с первичным опухолевым поражением костей встречаются больные, принимающие своё заболевание (14,6% больных остеосаркомой, 29% пациентов с ГКО, 16,7% больных с хондросаркомой), а среди больных с метастатическим поражением костей не было выявлено пациентов, реагирующих на заболевание принятием. Это может быть связано с тяжестью болезни: пациенты с метастазами вынуждены столкнуться с болезнью, обнаруженной сразу на IV, последней, стадии.

При изучении отношения к лечению получены результаты, свидетельствующие о том, что большинство пациентов с первичным опухолевым поражением костей относятся к лечению нейтрально (61% 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%). Для большинства пациентов с первичным опухолевым поражением костей, при понимании ими необходимости лечения, хирургическая операция и реабилитация после неё видятся осложняющими жизнь и нежелательными. Пациенты с метастазами, несмотря на тяжесть лечения, видят в нём надежду на продление жизни, и болезненные процедуры не пугают их и не кажутся им бременем на фоне прогрессирующей опухоли.

В контексте изучения отношения к болезни и формирования комплаентного поведения больных с опухолевым поражением костей опорно-двигательного аппарата важным представляется информированность больных о характере и прогнозе своего заболевания.

В исследовании выявлено, что большинство пациентов с опухолевым поражением костей имеют только общее представление о своём заболевании: 78% больных остеосаркомой, 71% пациентов с ГКО, 90% больных с хондросаркомой и 94,4% больных с метастазами. В ситуации конкретного лечебного учреждения этот результат является неожиданным, так как, согласно установленным правилам, лечащий врач на одной из первых бесед с пациентом сообщает ему общую информацию о характере заболевания и в процессе лечения (на предоперационном этапе и в процессе реабилитации); лечащий врач подробно разъясняет пациенту цель и характер проводимых процедур: объём хирургической операции, длительность реабилитационного периода и т.д.

Результаты исследования показали, что 8 больных с остеосаркомой (19,5%), 7 пациентов с ГКО (22,6%), 3 человека с хондросаркомой (10%) и 1 человек с метастазами в кости (5,6%) имеют чёткое представление о своём заболевании. В этом случае, как правило, пациенты сами ищут информацию о болезни и лечении, чаще всего пользуясь интернет-ресурсами, что может иметь нежелательные последствия: часто информация, находящаяся в сети Интернет в открытом доступе, оказывается пугающей: пациенты сталкиваются с цифрами смертности, описанием осложнений и т.д. По нашим данным, сами активно ищут информацию о заболевании 16 человек (39%), страдающих остеосаркомой, 7 пациентов с ГКО (22,6%), 2 человека с хондросаркомой (6,7%) и 2 больных с метастазами в кости (11,1%).

Полностью неосведомлёнными о своём заболевании остаются лишь 2 пациентов с ГКО (6,5%). В этих случаях родственники пациентов просят лечащего врача не информировать больного о характере его заболевания, при этом сами пациенты не интересуются у врача и родственников характером своего заболевания, игнорируют все указатели в отделении, явно указывающие на онкологический профиль больницы и имеют своё собственное объяснение пребыванию в больнице и симптомам заболевания.

Один больной с остеосаркомой (2,4%) и один больной с ГКО (3,2%) отвергают информацию о своём заболевании, проявляя тем самым анозогностический вариант адаптивного поведения в тяжёлой жизненной ситуации.

Понимание больным причин своего заболевания, составляющее когнитивный компонент ВКБ и отношения к болезни, определяется не только как информированностью о нём, но и действием механизмов психологической защиты. В соответствии с этим, большинство исследованных больных с опухолевым поражением костей не видят его конкретной причины: 33 пациента с остеосаркомой (86,8% из ответивших), 25 больных с ГКО (80,6%), 24 пациента с хондросаркомой (80%) и 17 человек, страдающих метастазами в кости (94,4%). Причиной своего заболевания считают полученную травму один пациент с остеосаркомой (2,6% из ответивших) и 2 пациента с ГКО (2,5%). Неправильное лечение причиной своего заболевания назвали 2 больных с ГКО (6,5%) и 2 пациента с хондросаркомой (6,7%). Один пациент с хондросаркомой видит причиной своей болезни отягощённую наследственность (3,3%). 4 человека, страдающих остеосаркомой, считают причиной болезни психологическое напряжение (10,5%). Таким же образом причину болезни видят 1 пациент с ГКО (3,2%), 3 человека, страдающие хондросаркомой, (10%) и 1 пациент с метастазами в кости (5,6%). Кроме того, 1 больной с ГКО назвал причиной заболевания неблагоприятные условия жизни (3,2%). Статистически значимых различий между нозологическими группами по пониманию причин и механизмов развития болезни и степени информированности о ней не выявлено.

Центральное место в субъективной модели болезни занимает оценка больным перспектив лечения. По этому показателю между группами больных обнаружены высокозначимые статистические различия.

**Табл. 18.** Оценка перспектив лечения больными с опухолевым поражением костей

Перспектива 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
$\chi^2 = 38,7 \quad p < 0,001$								

Как видно из таблицы 18, большинство пациентов с ГКО настроены на полное излечение, тогда как среди больных с остеосаркомой перспективы лечения как полное выздоровление рассматривают только 35% пациентов, а в группе больных с хондросаркомой – всего 16,7% пациентов. Среди пациентов с метастазами не выявлено людей, рассчитывающих на полное вы-

здоровление. Большинство пациентов хондросаркомой и метастатическим поражением костей, а также многие больные с остеосаркомой нацелены на улучшение своего состояния.

Полученные с помощью клинико-психологического интервью результаты изучения отношения к болезни и лечению, субъективной модели болезни пациентов с онкологическим поражением костей опорно-двигательного аппарата, были дополнены количественной оценкой интегративного «типа отношения к болезни», содержащего когнитивный, эмоционально-аффективный, мотивационно-поведенческий компоненты и определяемого характером заболевания, личностными характеристиками и социально-психологической ситуацией развития болезни (Вассерман Л.И. с соавт., 2014). С помощью методики ТОБОЛ были вычислены показатели 12 типов отношения к болезни в сравниваемых нозологических группах. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 18.

Табл. 19. Отношение к болезни пациентов с опухолью костей

Тип отношения к болезни (шкалы ТОБОЛ)	ОстеоСа n = 41 А	ГКО n = 30 В	ХондроСа n = 30 С	Mts n = 17 D	Достоверные различия
	М + m	М + m	М + m	М + m	
Гармоничный	11,73 ± 3,18	15,93 ± 3,35	10,17 ± 3,19	8,76 ± 4,46	
Эргопатический	25,56 ± 2,09	28,97 ± 2,87	22,1 ± 3,47	21,29 ± 5,1	
Анозогнозический	11,85 ± 3,07	10,3 ± 3,15	2 ± 1,9	0	АС*** AD*** BC** BD**
Тревожный	9,15 ± 1,9	13,03 ± 1,73	13,27 ± 1,93	12,64 ± 2,74	
Ипохондрический	9,73 ± 1,15	9,43 ± 1,78	11,1 ± 1,48	13,94 ± 2,35	AD*
Неврастенический	7,61 ± 0,95	9,93 ± 1,26	8,17 ± 1,01	9 ± 2,77	AB*
Меланхолический	4,15 ± 0,7	4,13 ± 1,22	4,47 ± 1,1	4,65 ± 1,58	
Апатический	4,24 ± 0,74	3,73 ± 0,92	4,47 ± 0,71	4,65 ± 1,04	
Сенситивный	18,88 ± 1,5	20,2 ± 1,36	20,27 ± 2,05	16,29 ± 2,4	
Эгоцентрический	8,1 ± 0,78	11,1 ± 1,13	9,43 ± 0,91	9,82 ± 1,93	AB**
Паранойальный	5,46 ± 0,75	7,2 ± 0,98	5,53 ± 0,97	6,29 ± 1,78	AB*
Дисфорический	3,76 ± 0,78	5,93 ± 1,3	3,07 ± 0,78	4,76 ± 2,45	AB* BC*

Согласно данным, представленным в таблице 19, в целом в группе пациентов с опухолевым поражением костей и в каждой нозологической группе наиболее более выражены эргопатический и сенситивный типы отношения к болезни. Для них характерен компенсаторный «уход в работу», сопровождающийся сверхответственным, стеничным отношением к ней; избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением продолжать работу, несмотря на тяжесть заболевания. Кроме того, пациенты с опухолевым поражением костей чрезмерно ранимы и чувствительны, для них характерны опасения, что окружающие станут жалеть их в связи с болезнью, считать неполноценными и, возможно, избегать общения с ними. Для больных данной группы также свойственны колебания настроения, связанные, в первую очередь, с межличностными контактами.

Статистически значимые различия между группами больных по показателям методики ТОБОЛ, представленные в таблице 19, проявились в том, что в группах пациентов с остеосаркомой и ГКО больше представлен анагностический тип отношения к болезни, чем среди пациентов с хондросаркомой и метастатическим поражением костей: больные с остеосаркомой и ГКО склонны отбрасывать мысли о болезни и её возможных последствиях, вплоть до отрицания очевидного; для них характерно желание продолжать получать от жизни всё, что и ранее, несмотря на болезнь, а также лёгкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся 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 присутствует 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. 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.

Обобщая результаты эмпирического исследования пациентов с опухолевым поражением костей, представленные в настоящей главе, необходимо отметить многочисленные и существенные различия между отдельными нозологическими группами по показателям качества жизни и по психологическим характеристикам.

При изучении качества жизни показано, что пациенты с ГКО характеризуются более низкими показателями КЖЗ жизни по сравнению с больными остеосаркомой и хондросаркомой при сходном объективном соматическом статусе и хирургическом лечении в приблизительно одинаковом объёме: больным с ГКО свойственна пониженная субъективная оценка общего состояния здоровья и социальной активности, а также более значительные ограничения в выполнении повседневной деятельности в связи с общим физическим состоянием и распространёнными болевыми ощущениями.

Выявлено также, что КЖЗ пациентов с метастатическим поражением костей снижено по сравнению с КЖЗ больных с первичным опухолевым поражением костей по ряду параметров, к которым относятся: общее состояние здоровья, физическая, ролевая и социальная активность; для пациентов этой группы характерны более распространённые и интенсивные болевые ощущения, большее ограничение активности, одышка и бессонница, что согласуется с более низким объективным соматическим статусом больных с метастазами по сравнению с пациентами, страдающими первичным опухолевым поражением костей.

Отражённые в шкальных оценках международных инструментов показатели качества жизни указывают на значительное его снижение 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, её динамики и прогноза, пациенты, страдающие разными формами новообразований костей, по-разному переживают ситуацию болезни, оценивают своё физическое и психическое состояние, социальное взаимодействие и, в целом, качество жизни. Проведённое 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 у 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 индиви-

дуализированных 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.

В дальнейшем в соответствии с программой исследования были изучены и сопоставлены психологические характеристики больных с опухолевым поражением костей, составивших четыре клинические группы. Показано, что личностные характеристики пациентов и способы совладающего поведения пациентов с опухолью костей не отличаются от нормативных данных. Однако в структуре личности пациентов с остеосаркомой особо выделяется мягкость, добросердечность и доверчивость, а также широкий круг интересов и богатое воображение; в структуре стресс-преодолевающего поведения – преобладание реагирования по типу уклонения, отрицания болезни. В структуре ценностно-мотивационной сферы пациентов с опухолью костей выделяется высокий уровень общей осмысленности жизни, который оказался выше средне-нормативных данных. Выявлены нозоспецифические особенности: пациенты с метастатическим поражением костей более склонны ставить цели на будущее, пациенты с остеосаркомой воспринимают процесс своей жизни как более интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, чем больные других нозологических групп.

Проведённое исследование позволило выявить определённые особенности отношения к болезни при опухолевом поражении костей. Большинство пациентов с этим видом патологии имеют лишь самое общее представление о своём 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 тоже 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 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 Л. И., Карпова Э.Б., Иовлев Б.В. 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 внутриличностными конфликтами. Очевидно, что в этих случаях (больные с метастазами в кости и больные с ГКО) психотерапевтическая тактика будет различной.

### 3.2.7. Взаимосвязь качества жизни с клиническими и психологическими характеристиками больных

Клинические характеристики пациентов, включённые в анализ материалов исследования, содержат 8 показателей: длительность заболевания с момента постановки диагноза и с момента появления симптомов, стадия, статус лечения, динамика течения заболевания, осложнения, тип хирургического лечения, объективный соматический статус. В соответствии с задачами исследования был проведён корреляционный анализ изученных клинических характеристик с основными параметрами качества жизни пациентов с опухолями костей. В каждой нозологической группе получены значимые корреляционные связи показателей КЖ с длительностью заболевания.

#### *Взаимосвязь показателей качества жизни с длительностью заболевания*

На рисунке 1 представлены результаты корреляционного анализа между показателями качества жизни, измеряемых опросниками «Health Status Survey» (SF-36), «Усовершенствованный опросник качества жизни» EORTC QLQ C-30, и длительностью заболевания с момента возникновения симптомов в группе пациентов с остеосаркомой.



**Рис. 1.** Взаимосвязь между длительностью заболевания и КЖ пациентов с остеосаркомой

**Примечание:** на данном рисунке и далее приняты обозначения: «-» – отрицательная корреляция; \* – корреляция на уровне значимости 0,05; \*\* – корреляция на уровне значимости 0,01

Результаты корреляционного анализа показывают: в группе пациентов с остеосаркомой, чем больше длится заболевание с момента появления болевых, неприятных ощущений и ограничений в движениях, тем ниже качество жизни в области физической и когнитивной активности.

На рисунке 2 представлены результаты корреляционного анализа показателей качества жизни и длительности заболевания с момента возникновения симптомов (по оценке пациента), а также с момента постановки диагноза онкологического диагноза в группе пациентов с ГКО.

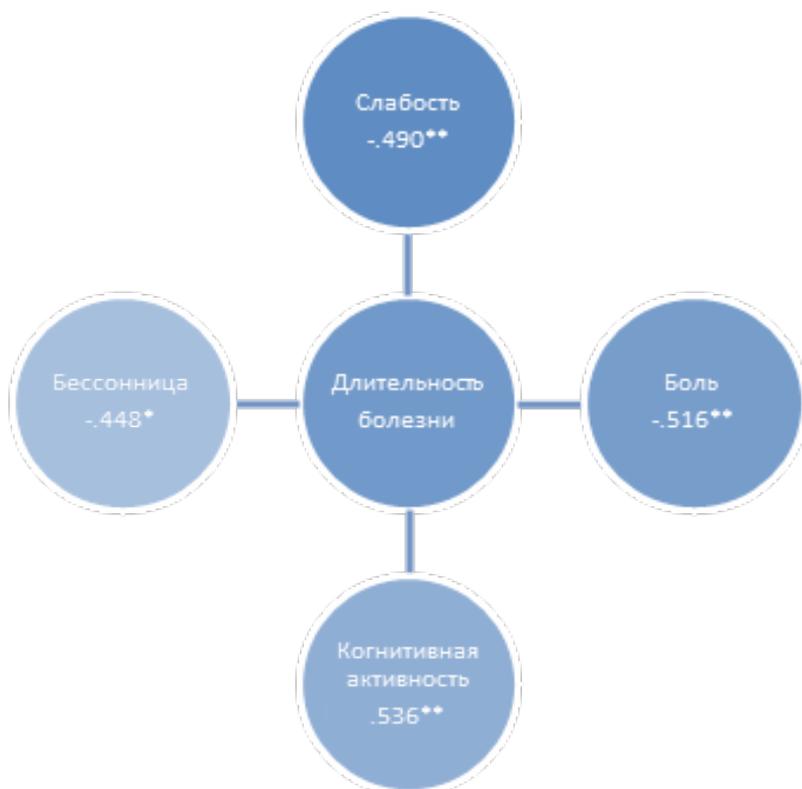


Рис. 2. Взаимосвязь между длительностью заболевания и КЖ пациентов с ГКО

Рисунок 2 показывает, что в группе пациентов с ГКО длительность заболевания положительно коррелирует с показателем качества жизни «Физическая активность». Полученный результат отражает компенсаторные возможности пациентов, проявляющиеся в возрастании объёма физической активности и субъективной удовлетворённости ею с увеличением длительности заболевания.

Наиболее насыщенными корреляционными связями с длительностью заболевания (с момента появления первых симптомов) оказались показатели качества жизни больных хондросаркомой, отражённые в шкальных оценках специализированных опросниках качества жизни для онкологических больных, в том числе пациентов с опухолями костей.

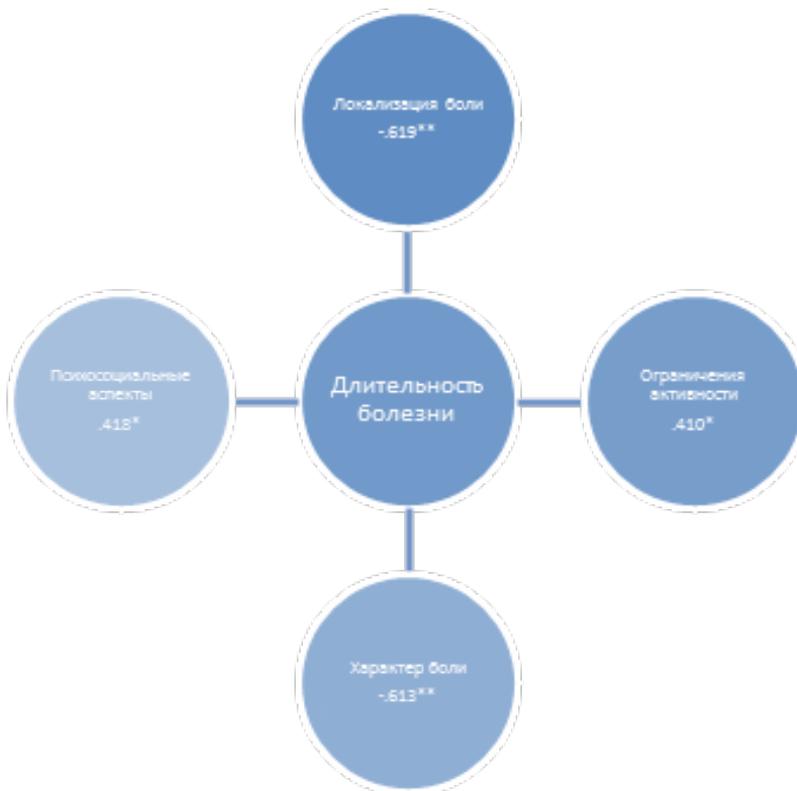
На рисунке 3 представлены результаты корреляционного анализа показателей качества жизни, измеренных с помощью опросника EORTC QLQ C-30, и длительности заболевания с момента возникновения симптомов (по оценке пациента) в группе пациентов с хондросаркомой.



**Рис. 3.** Взаимосвязь между длительностью заболевания с момента возникновения симптомов и КЖ пациентов с хондросаркомой (QLQ C-30)

Учитывая, что для функциональных шкал опросника QLQ C-30 большая оценка соответствует лучшему качеству жизни, а для симптоматических шкал, напротив, меньшее значение шкальной оценки соответствует лучшему качеству жизни в изучаемой сфере (см. примечание к таблице 11), на основании приведённых результатов корреляционного анализа можно заключить: в группе пациентов с хондросаркомой по мере увеличения длительности заболевания снижается степень жизненных ограничений, вызванных физической слабостью, нарушениями сна и болевыми ощущениями, возрастает удовлетворённость когнитивным функционированием.

Аналогичные результаты получены в группе пациентов с хондросаркомой при корреляционном анализе длительности заболевания (с момента появления симптомов) и показателей специализированного модуля для оценки качества жизни больных с опухолями костей «Bone metastases» (BM-22). Эти результаты показаны на рисунке 4.



**Рис. 4.** Взаимосвязь между длительностью заболевания с момента возникновения симптомов и КЖ пациентов с хондросаркомой (BM 22)

Рисунок 4 показывает, что в группе пациентов с хондросаркомой по мере возрастания длительности заболевания снижается роль болевых ощущений в ограничении жизнедеятельности, так как шкалы «Локализация боли» и «Характер боли» относятся к симптоматическим шкалам, в которых низкие значения соответствуют лучшему самочувствию пациента. Об улучшении качества жизни в сфере социального функционирования и общей активности по мере возрастания длительности заболевания свидетельствуют положительные корреляции длительности и шкальных оценок функциональных шкал «Ограничения активности», «Психосоциальные аспекты», в которых большая оценка соответствует большей удовлетворённости пациента в соответствующих областях жизни (общая и социальная активность).

Полученные в группе больных хондросаркомой результаты корреляционного анализа подтверждают результаты больных с ГКО, также показавшие существенную роль адаптационно-компенсаторных механизмов организма и личности больных с первичным опухолевым поражением костей, что проявилось при возрастании показателей качества жизни по мере уве-

личения длительности заболевания. В группе пациентов с вторичным (метастатическим) поражением костей корреляционных взаимосвязей между длительностью заболевания и параметрами качества жизни не выявлено.

***Взаимосвязь показателей качества жизни с психодиагностическими показателями***

При использовании корреляционного анализа получено значительное количество статистически значимых связей между шкальными оценками опросников качества жизни (SF-36, QLQ-C30, модуль VM-22) и показателями психодиагностических методик (ДС, BIG V, ССП, СЖО, ТОБОЛ). Ниже представлены результаты корреляционного анализа показателей «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» (SF-36) и шкальных оценок психологических тест-опросников, полученные в каждой из четырех нозологических групп. Учитывая важность отношения к болезни для субъективной оценки качества жизни в условиях онкологического заболевания и формирования комплаентного поведения, корреляционные связи показателей методик SF-36 и ТОБОЛ («Тип отношения к болезни») анализировались отдельно.

***Группа пациентов с остеосаркомой***

В таблице 20 представлены статистически значимые коэффициенты корреляции между шкальными оценками «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) и психодиагностическими показателями, отражающими характеристики доминирующего эмоционального состояния и ценностно-мотивационную направленность личности.

**Табл. 20.** Корреляционные связи основных параметров качества жизни, связанного со здоровьем, и психологических характеристик больных с остеосаркомой

Шкалы опросника SF-36 и психодиагностических опросников	SF	BP	MH
«Доминирующее состояние»			
Активное отношение к жизненной ситуации	.32*		.54**
«Смысложизненные ориентации»			
Процесс жизни	.39*	.35*	
Результативность жизни	.43*	.41*	

**Примечание:** в данной таблице 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 можно видеть, показатель шкалы «Социальная активность» положительно коррелирует с показателем шкалы «Активное отношение к жизнен-

ной ситуации». Кроме того, более высокому уровню социальной активности пациентов и меньшей интенсивности болевых ощущений соответствует большая эмоциональная насыщенность жизни и большая удовлетворённость самореализацией; более высокие значения показателя КЖ «Психическое здоровье» соответствуют более активному отношению к жизненной ситуации и большему уровню эмоциональной стабильности.

В таблице 21 представлены результаты изучения взаимосвязи показателей методики «Health Status Survey» (SF-36) с показателями методики ТОБОЛ.

**Табл. 21.** Корреляционные связи основных параметров качества жизни, связанного со здоровьем, и типов отношения к болезни в группе пациентов с остеосаркомой

Показатели методик SF-36 и ТОБОЛ (тип отношения)	GH	PF	RP	RE	SF	BP	VT	MH
Анозогностический		.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*

Как видно из таблицы 21, показатель шкалы «Общее состояние 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 анозогностического типа и отрицательно – с показателем тревожного типа отношения к болезни. Это свидетельствует о том, что у пациентов с остеосаркомой отрицание болезни или её тяжести взаимосвязано со стремлением поддерживать прежний уровень физической активности без учёта тех ограничений, которые накладывает заболевание. При этом подоб-

ное 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 меньше 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 внимание 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.

### ***Группа пациентов с ГКО***

В группе пациентов с ГКО выявлены статистически значимые положительные корреляции ( $p < 0,05$ ) между показателем опросника SF-36 «Физическая активность» (PF) и показателями методики СЖО «Цели в жизни» ( $\rho = .39$ ) и «Локус контроля – жизнь» ( $\rho = .3$ ), а также между показателем опросника SF-36 «Социальная активность» (SF) и показателем методики СЖО «Локус контроля – Я»: более высокое качество жизни по параметру

физической активности сочетается с наличием у больных целей на будущее и с ощущением возможности контролировать свою жизнь, а также более высокий уровень социальной активности в условиях болезни соответствует интернальной направленности личности.

В таблице 22 представлены результаты изучения взаимосвязи показателей методики «Health Status Survey» (SF-36) с показателями методики ТОБОЛ.

**Табл. 22.** Корреляционные связи основных параметров качества жизни, связанного со здоровьем, и типов отношения к болезни в группе пациентов с ГКО

Показатели методик SF-36 и ТОБОЛ (тип отношения)	RP	RE	VT	MH
Гармоничный				.45*
Эргопатический		.53**		
Тревожный		-.51**		-.44*
Ипохондрический	-.38*	-.38*		
Неврастенический				-.38*
Апатический				-.41*
Эгоцентрический		-.51**	-.39*	
Паранойальный		-.47**		

Как можно видеть, в группе больных с ГКО выявлено меньшее количество корреляционных связей между показателями КЖ и отношения к болезни по сравнению с группой больных с остеосаркомой. Наибольшее количество высокосignификантных корреляционных связей имеет показатель методики SF-36 «Роль эмоциональных проблем» (RE): меньшее количество подобных проблем имеют пациенты, компенсаторным образом стремящиеся сохранить прежний (добользненный) профессиональный статус, характер и объём трудовой деятельности; одновременно эмоциональные проблемы нарастают у лиц с тревожным, ипохондрическим, эгоцентрическим и паранойальными типами отношения к болезни.

Аналогичные связи имеет показатель методики SF-36 «Психическое здоровье» (MH): 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.

### ***Группа пациентов с хондросаркомой***

В таблице 23 представлены результаты корреляционного анализа показателей качества жизни и психологических характеристик больных ГКО.

Получены статистически значимые коэффициенты корреляции между шкальными оценками «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» (SF-36) и психодиагностическими показателями, отражающими характеристики доминирующего эмоционального состояния и ценностно-мотивационную направленность личности.

Табл. 23. Корреляционные связи основных параметров качества жизни, связанного со здоровьем, и психологических характеристик больных с хондросаркомой

Шкалы SF-36 и тест-опросников	GH	PF	RP	RE	SF	BP	VT	VT
«Доминирующее состояние»								
Активное отношение к жизненной ситуации		.51**	.43*		.47*			.41*
«Смысложизненные ориентации»								
Цели в жизни					.43*	.39*	.64**	
Процесс жизни		.58**			.65**	.61**	.70**	
Результативность жизни					.67**	.45*	.53**	
Локус контроля- Я		.40*	.42*	.55**	.76**		.49*	
жизнь		.41*	.41*		.64**		.48*	

В группе больных с хондросаркомой наиболее насыщенным корреляционными связями с психологическими характеристиками является показатель качества жизни «Социальная активность» (SF). Получены положительные, в том числе высоко статистически значимые связи этого показателя с активным отношением к жизни и параметрами её осмысленности и интервальности: более высокой социальной активности, как характеристике качества жизни в условиях болезни, соответствует более высокий уровень самосознания и готовности к сотрудничеству, наличие целей в будущем, эмоциональная насыщенность жизни, удовлетворённость самореализацией, представление о способности выстраивать свою жизнь в соответствии с собственными целями и убеждениями, что человек может контролировать свою жизнь.

Кроме того, в группе больных с хондросаркомой показатель качества жизни «Физическая активность» (PF) прямо коррелирует с психодиагностическим показателем «Активное отношение к жизненной ситуации»: лучшему КЖ пациентов по параметру физической активности соответствует более оптимистическое и активное отношение к жизни, а снижение физической активности соотносится с безразличием к исходу болезни и результатам лечения, уверенностью пациентов, что болезнь – результат внешних причин на фоне гневливо-мрачного настроения.

Кроме того, более высокому уровню физической активности соответствует готовность к согласию и эмоциональная стабильность, а также эмоциональная насыщенность жизни, представление о себе как о сильной личности, интернальной (активной и ответственной) личности. Важно отметить также, что показатель качества жизни «Роль физических проблем» () прямо коррелирует с показателем «Активное отношение к жизненной ситуации». На основании этого можно заключить, что меньшему влиянию физического состояния на ролевое функционирование пациентов с хондросаркомой соответствует более активное, оптимистическое отношение к жизненной ситуации, а большее ограничение активности в связи с болезнью соотносится с безразличием к своей судьбе, уверенностью, что болезнь – результат чьего-то неблагоприятного стечения обстоятельств (или даже злого умысла) при общем преобладании негативного фона настроения.

Дальнейший анализ корреляционных связей показывает, что меньшему влиянию эмоциональных проблем на выполнение повседневной деятельности и работы (RE) соответствует убеждение пациентов, что человеку дано контролировать свою жизнь («Локус контроля – Я»), а большим ограничением в связи с эмоциональным состоянием пациентов соответствует безразличие к исходу болезни и к результатам лечения. Меньшая интенсивность болевых ощущений (BP) соотносится с наличием целей в будущем, эмоциональной насыщенностью жизни и удовлетворённостью самореализацией. Лучшее качество жизни пациентов с хондросаркомой, связанное с психическим здоровьем (MH), сочетается с активным отношением пациентов к жизни, готовностью к согласию.

В таблице 24 представлены результаты изучения взаимосвязи показателей методики «Health Status Survey» (SF-36) с показателями методики ТОБОЛ.

**Табл. 24.** Корреляционные связи основных параметров качества жизни, связанного со здоровьем, и типов 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*	
Паранойальный	-.47**	-.47**		-.59**	-.41*	-.60**	-.66**
Дисфорический	-.43*	-.52**		-.64**	-.57**	-.48**	-.61**

Результаты, представленные в таблице 24, 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 не «опускать руки» в процессе лечения, уверенность в его успехе и безразличное отношение 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. Тоже можно сказать про выявленные высокозначимые 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.

### ***Группа пациентов с метастатическим поражением костей***

В таблице 25 представлены результаты изучения взаимосвязи параметров качества жизни, связанного со здоровьем, исследованных с помощью методики «Health Status Survey» (SF-36), с психологическими характеристиками пациентов с метастатическим поражением костей.

**Табл. 25.** Корреляционные связи основных параметров качества жизни, связанного со здоровьем, и психологических характеристик больных с метастатическим поражением костей

Шкалы опросника SF-36 и психодиагностических опросников	RE	SF	VT	MH
«Доминирующее состояние»				
Активное отношение к жизненной ситуации			.64**	.49*
«Смысложизненные ориентации»				
Процесс жизни		.53*	.49*	
Результативность жизни	.53*	.58*	.59*	

Как видно из таблицы 25, в группе больных с метастатическим поражением костей выявлено незначительное количество статистически значимых связей между показателями качества жизни и психодиагностическими показателями. Наибольшее количество связей имеет показатель КЖ «Жизненная активность» (VT), положительно коррелирующий со значением шкал «Активное отношение к жизненной ситуации», «Процесс жизни», «Результативность жизни»: жизненная активность пациентов в условиях болезни с витальной угрозой и тяжёлого лечения тем выше, чем больше удовлетворённость эмоциональной насыщенностью пройденного отрезка жизни и самореализацией. Тоже можно сказать в отношении показателей качества жизни «Социальная активность» (SF) и «Роль эмоциональных проблем» (RE). Психологически понятной и закономерной является также положительная связь показателя качества жизни «Психическое здоровье» (MH) и показателя «Активное отношение к жизненной ситуации».

В таблице 26 представлены результаты изучения взаимосвязи показателей методики «Health Status Survey» (SF-36) с показателями методики ТОБОЛ.

**Табл. 26.** Корреляционные связи основных параметров качества жизни, связанного со здоровьем, и типов отношения к болезни в группе пациентов с метастатическим поражением костей

Показатели методик SF-36 и ТОБОЛ	GH	RP	RE	SF	BP	VT	MH
Гармоничный						.65**	
Эргопатический		.58*		.56*		.70**	.58*
Аназогнозический		.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*				
Паранойальный			-.53*	-.51*			

Как показано в таблице 26, 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 здо-

ровья: «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»).

Следует отметить, что в ранее опубликованных работах (Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., 2017А) представлены результаты корреляционного анализа показателей специализированных опросников для изучения качества онкоортопедических больных (опросник QLQ-C30 – Quality of Life Questionnaire Core-30 с дополнительным модулем VM-22) и показателей методики ТОБОЛ в четырёх нозологических группах. Проведённый корреляционный анализ показателей 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 четырёх 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 четырёх 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 её 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, ещё 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 анозогностического 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 насыщенных 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 удовлетворённость состоянием собственного здоровья и связанным с ним качеством жизни; и наоборот, чем хуже объективные показатели КЖ (интенсивность и распространённость 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, в группе больных хондросаркомой 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 Л.И., Карпова Э.Б., Иовлев Б.В и др., 2014).

### **3.2.8. Влияние психологических факторов на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей**

Выше были представлены особенности качества жизни, личностные характеристики и отношение к болезни пациентов четырёх нозологических групп; представлены также нозоспецифические взаимосвязи психологических характеристик, отношения болезни и качества жизни больных при разных формах опухолевого поражения костей. Дальнейшая логика исследования подсказывала необходимость изучения влияния обобщённых типов отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолями костей.

Кроме того, можно было предположить, что личностные особенности пациентов, имплицитно включённые в характер реагирования на болезнь, также могут оказывать влияние на основные параметры качества жизни онкоортопедических больных, и выдвинуть гипотезы: 1) о возможности выделения определённых личностных профилей (кластеров) пациентов с опухолевым поражением костей опорно-двигательного аппарата; 2) о существовании закономерной взаимосвязи между профилями личности пациентов и основными параметрами качества жизни при опухолевым поражением костей опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, задачей следующего этапа исследования стало изучение влияния отношения к болезни и личности на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей.

### **Влияние отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей**

Для определения влияния отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей были использованы кластерный, факторный и дисперсионный виды анализа совокупности эмпирических данных (всего 41 показатель).

На первом этапе математико-статистического анализа была проведена редукция данных с помощью кластерного анализа, в ходе которого были выделены группы пациентов в зависимости от типа реагирования на болезнь. Результаты кластерного анализа типа отношения к болезни 120 больных с опухолевым поражением костей представлены в таблице 27.

**Табл. 27.** Кластеры типов отношения к болезни в группе пациентов с опухолевым поражением костей

Типы отношения к болезни	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4
Гармоничный	1,72414	0,16216	36,38462	26,61539
Эргопатический	5,44828	34,54054	34,80769	30,80769
Анозогнозический	1,37931	1,40541	5,92308	35,15385
Тревожный	20,72414	12,56757	9,84615	2,19231
Ипохондрический	16,55172	10,05405	10,07692	5,30769
Неврастенический	14,20690	7,40541	7,73077	4,65385
Меланхолический	10,20690	3,67568	2,57692	0,30769
Апатический	8,89655	3,83784	2,50000	1,30769
Сенситивный	20,27586	20,78378	22,07692	12,84615
Эгоцентрический	12,72414	8,78378	9,42308	6,76923
Паранойяльный	9,75862	5,97297	5,15385	2,88462
Дисфорический	8,27586	3,40541	3,73077	1,61539

Как видно из таблицы 27, первый кластер включает достаточно высокие значения по 9 типам отношения к болезни, особенно по «Тревожному», «Ипохондрическому» и «Сенситивному» типам, которые квалифицируются как неадаптивные. При этом по шкалам «Гармоничного», «Эргопатического» и «Анозогнозического» типов отмечаются крайне низкие значения. В связи с этим данный кластер получил название «*Острая неадаптивная реакция*».

Второй кластер отличается высокими значениями по «Эргопатическому» и «Сенситивному» типам отношения к болезни и средними значениями по остальным шкалам. Поэтому он был назван «*Адаптация к болезни за счёт ухода в работу*».

Третий кластер содержит самые высокие значения по шкале «Гармоничный тип отношения к болезни», достаточно высокие значения по «Эргопатическому» типу и «Сенситивному» и средние, ближе к низким, по всем остальным шкалам. Следовательно, этот кластер получил название «Успешная адаптация».

Четвёртый кластер включает самые высокие значения по «Анозогностическому типу отношения к болезни», достаточно высокие значения по «Гармоничному» и «Эргопатическому» типам и низкие значения по всем остальным шкалам. Вследствие этого данный кластер получил название «Отрицание».

На следующем этапе математико-статистического анализа в силу многочисленности шкал, входящих в опросник QLQ C-30 с модулем BM 22, была проведена редукция шкал в четыре фактора посредством факторного анализа. В результате было выделено 4 фактора КЖ, связанного с опухолевым поражением костей. Эти факторы приведены в таблице 28.

Табл. 28. Факторы качества жизни, связанного с опухолевым поражением костей

Шкалы методики QLQ C-30 и модуля BM 22	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Общее состояние здоровья	0,563838	-0,133806	0,483846	0,195510
Усталость	-0,645702	0,058587	-0,248339	-0,480339
Тошнота и рвота	-0,248554	0,732250	-0,013479	-0,073693
Боль	-0,811682	0,034040	-0,202326	-0,239577
Одышка	-0,216327	0,011110	0,028484	-0,667352
Бессонница	-0,785698	0,143325	0,075926	-0,317605
Потеря аппетита	-0,250610	0,364971	-0,134167	-0,613537
Констипация	-0,381386	0,540466	0,001366	0,178187
Диарея	0,170564	0,722795	-0,046006	-0,192580
Финансовые трудности	0,039354	0,118652	-0,755781	-0,103016
Физическая активность	0,471164	0,191880	0,495527	0,171671
Ролевая активность	0,557589	0,192544	0,421089	0,354303
Эмоциональная активность	0,312118	-0,036848	0,247501	0,677986
Когнитивная активность	0,426876	-0,254457	0,254749	0,384597
Социальная активность	0,485056	-0,007806	0,589946	0,200438
Локализация боли	-0,666038	0,136905	-0,153864	-0,029304
Характер боли	-0,849842	0,097824	-0,096352	-0,036907

Окончание таблицы 28

Шкалы методики QLQ C-30 и модуля BM 22	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Ограничения активности	0,845119	-0,020616	0,268174	0,150744
Психосоциальные аспекты	0,333142	0,004192	0,699923	0,008878

**Примечание:** полужирный шрифт – значение, превышающее 0,45.

Как видно из таблицы 28, первый фактор КЖ, связанного непосредственно с опухолью костей, включает высокие значения по шкалам общего состояния здоровья, физической, ролевой и социальной активности, а также по шкале ограничения активности. При этом в фактор входят низкие значения по симптоматическим шкалам, соответствующие малой выраженности или отсутствию симптомов усталости, боли и нарушений сна. В ходе дальнейшей математико-статистической обработки данный фактор был инвертирован, после чего он получил название «Снижение активности в связи с болевым синдромом».

Второй фактор связан с высокой выраженностью симптомов по шкалам «Тошнота и рвота», «Констипация» и «Диарея». Данный фактор был назван «Снижение КЖ за счёт расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)».

Третий фактор включает высокие значения КЖ по параметрам общего состояния здоровья, социальной активности, психосоциальных аспектов, отсутствия финансовых трудностей в связи с болезнью. Он получил название «Улучшение КЖ за счёт повышения социально-экономических факторов».

Четвертый фактор содержит высокие значения по шкале «Эмоциональная активность» и отсутствие или незначительную выраженность таких симптомов, как усталость, одышка и потеря аппетита. Данный фактор называется «Отсутствие психосоматических жалоб».

На заключительном этапе с целью определить влияние типа отношения к болезни на качество жизни, связанное с опухолевым поражением костей, был проведён дисперсионный анализ. Анализ результатов, полученных на уровне статистической значимости 0,01 (F-критерий Фишера) показал следующее.

Кластер «Острая неадаптивная реакция» оказывает отрицательное влияние (снижает) качество жизни пациентов с опухолью костей по факторам «Снижение активности в связи с болевым синдромом», «Снижение КЖ за счёт расстройств ЖКТ», «Отсутствие психосоматических жалоб». Можно сделать вывод о том, что реагирование на болезнь по тревожному, ипохондрическому, неврастеническому, меланхолическому, сенситивному, эгоцентрическому и паранойяльному типам значительно влияет на КЖ пациентов с опухолевым поражением костей, снижая его по параметрам общего состояния здоровья, физической и ролевой активности, а также усиливая интенсивность и увеличивая распространённость болевых ощущений, усталость, бессонницу, и ухудшая эмоциональное состояние больных.

Пациенты с опухолью костей, входящие в кластер «Адаптация к болезни за счёт ухода в работу», характеризуются средними значениями по факторам «Снижение активности в связи с болевым синдромом», «Снижение КЖ за счёт расстройств ЖКТ», «Улучшение КЖ за счёт повышения социально-экономических факторов» и значениями ниже среднего по фактору «Отсутствие психосоматических жалоб». Можно говорить о том, что реагирование на болезнь по эргопатическому типу в группе пациентов с опухолевым поражением костей является адаптивным, способствуя физической, ролевой и социальной активности пациентов и незначительно ухудшая эмоциональное состояние.

Больные с опухолевым поражением костей, входящие в кластер «Успешная адаптация», характеризуются значимо более высоким КЖ по факторам «Снижение активности в связи с болевым синдромом» и «Отсутствие психосоматических жалоб», чем пациенты двух первых кластеров, но при этом в этой группе больных наблюдается снижение КЖ по фактору «Улучшение КЖ за счёт повышения социально-экономических факторов». Можно заключить, что реагирование на болезнь по реалистичному типу соответствует физической и ролевой активности пациентов и отсутствию или незначительному присутствию жалоб на усталость, нарушения сна, потерю аппетита. Кроме того, отмечается меньшая распространённость и интенсивность болевых ощущений в данной группе пациентов. Однако финансовые трудности являются значительными, что может быть связано с концентрацией внимания пациентов на собственном здоровье и соблюдении предписанного режима, который нередко не совместим с продолжением профессиональной деятельности.

Важно то, что наилучшим КЖ среди пациентов с опухолью костей обладают больные, входящие в кластер «Отрицание». Пациенты, реагирующие на болезнь по анозогностическому типу, характеризуются приближенными к кластеру «Успешная адаптация» значениями по фактору «Снижение активности в связи с болевым синдромом» и самым высоким КЖ среди больных с опухолью костей по факторам «Снижение КЖ за счёт расстройств ЖКТ» и «Улучшение КЖ за счёт повышения социально-экономических факторов». При этом КЖ по фактору «Отсутствие психосоматических жалоб» у пациентов, входящих в кластер «Отрицание», незначительно ниже, чем в кластере «Успешная адаптация». Полученные результаты требуют дальнейшего уточнения для определения роли механизмов психологической защиты в адаптации личности к болезни и повышении субъективной удовлетворённости качеством жизни.

Таким образом, в исследовании получены данные, указывающие на значительное влияние типа отношения к болезни пациентов на качество жизни, связанное с опухолевым поражением костей. Пациенты, реагирующие на болезнь по гармоничному типу, характеризуются высоким КЖ, а больные, реагирующие на заболевание по неадаптивным типам, обладают сниженным КЖ по ряду параметров.

Реагирование на болезнь по тревожному, ипохондрическому, неврастеническому, меланхолическому, сенситивному, эгоцентрическому и паранойальному типам значительно влияет на КЖ пациентов, снижая его по параметрам общего состояния здоровья, физической и ролевой активности, а также усиливая интенсивность и увеличивая распространённость болевых ощущений, усталость, бессонницу и, кроме того, ухудшая эмоциональное состояние больных.

При этом реагирование на болезнь по эргопатическому типу в группе пациентов с опухолевым поражением костей является адаптивным, так как помогает сохранить физическую, ролевую и социальную активность пациентов.

### ***Влияние личности на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей***

Для изучения влияния личности на КЖ пациентов с опухолевым поражением костей с помощью факторного анализа вся совокупность психодиагностических показателей (личностных характеристик), полученных с помощью тест-опросников BIGV, ССП, СЖО, была сведена в шесть основных факторов, отражающих психологический статус пациентов с опухолевым поражением костей. Факторизации подверглись следующие психодиагностические показатели (шкальные оценки): «Экстраверсия», «Самосознание», «Сотрудничество», «Эмоциональная стабильность», «Личностные ресурсы» (BIG V); «Конфронтация», «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности», «Бегство-избегание», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка» (ССП); «Цели в жизни», «Процесс жизни», «Результативность жизни», «Локус контроля – Я», «Локус контроля – Жизнь», «Общий показатель осмысленности жизни» (СЖО); всего 19 показателей. Результаты факторного анализа представлены в таблице 29.

**Табл. 29.** Психологические характеристики (психодиагностические показатели) пациентов с опухолевым поражением костей, входящие в факторы личности

Психодиагностические показатели	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5	Фактор 6
Экстраверсия	0,161461	0,072935	<b>0,548630</b>	0,119574	0,279279	-0,235076
Самосознание, организованность	0,249157	<b>0,573316</b>	0,257865	0,382860	0,093485	-0,185596
Готовность к сотрудничеству	0,304008	<b>0,796452</b>	0,100191	0,007149	0,023583	0,027633
Эмоциональная стабильность	<b>0,472899</b>	-0,303648	-0,024062	0,348171	-0,137622	-0,087293

Психодиагностические показатели	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5	Фактор 6
Личностные ресурсы	0,107463	<b>0,771515</b>	-0,098790	0,014937	0,112031	0,247001
Цели в жизни	<b>0,786194</b>	0,223659	0,135094	0,210537	0,093364	0,178310
Процесс жизни	<b>0,828174</b>	0,151028	0,046364	0,035040	0,086462	0,100082
Результативность жизни	<b>0,824207</b>	0,296215	0,031895	0,031176	0,013279	0,047963
Локус контроля - Я	<b>0,842245</b>	0,091890	0,057790	0,194703	0,001665	0,126973
Локус контроля жизнь	<b>0,844439</b>	-0,026143	0,021979	0,034028	0,080590	0,001318
Конфронтация	-0,036422	0,029925	0,025783	0,044379	<b>0,867521</b>	0,041856
Дистанцирование	-0,084958	-0,029817	<b>-0,505934</b>	-0,301421	-0,026781	<b>-0,662523</b>
Самоконтроль	-0,129682	0,078682	-0,395876	<b>0,578103</b>	-0,349009	-0,132606
Поиск социальной поддержки	0,059764	0,047680	<b>0,864263</b>	-0,095091	-0,087866	0,049452
Принятие ответственности	-0,286344	-0,208066	0,097694	-0,015491	<b>-0,680323</b>	-0,010221
Бегство-избегание	-0,207120	-0,064345	-0,019379	<b>-0,823558</b>	-0,053407	-0,100490
Планирование решения проблемы	0,424382	0,007323	0,029108	<b>0,599493</b>	0,349878	0,125405
Положительная переоценка	0,257380	0,147724	-0,119058	-0,055438	0,054260	<b>0,790328</b>

**Примечание:** полужирный шрифт – значение, превышающее 0,45

Таким образом, с помощью факторного анализа результатов исследования личностных характеристик, преобладающих способов совладающего поведения и особенностей ценностно-мотивационной направленности пациентов с опухолью костей были выделены 6 факторов личности, значения которых оказались единицы; эти факторы были использованы при дальнейшем анализе: «Осмысленность жизни» (D = 30,0), «Готовность к кооперации» (D = 9,9), «Социальная зависимость» (D = 8,2), «Ресурсы для взаимодействия с проблемой» (D = 7,7), «Экстрапроекция ответственности» (D = 7,3), «Положительная переоценка» (D = 6,4). Содержательный анализ

психодиагностических показателей, входящих в факторы, позволил наполнить их смысловым содержанием и назвать.

Первый фактор включает такие характеристики личности, как эмоциональная стабильность, наличие целей в будущем, эмоциональная насыщенность жизни, удовлетворённость самореализацией, уверенность в своих возможностях строить свою жизнь в соответствии с собственными планами и представлениями о её смысле, а также убеждённость в том, что человеку дано контролировать свою жизнь. Вследствие включения данных характеристик в первый фактор он получил название «*Осмысленность*».

Второй фактор содержит следующие личностные характеристики: высокий уровень самосознания, готовности к согласию и сотрудничеству, а также личностные ресурсы, интерес ко всему новому. В связи с этим он назван «*Готовность к кооперации*».

В состав третьего фактора входит высокий уровень экстраверсии, склонность к поиску социальной поддержки и отсутствие склонности к дистанцированию от проблемы. Третий фактор получил название «*Социальная зависимость*».

Четвёртый фактор включает такие характеристики, как склонность к самоконтролю и планированию решения проблемы, при этом отсутствует склонность к бегству от проблемы. Он назван «*Ресурсы для взаимодействия с проблемой*».

Пятый фактор содержит такие характеристики, как непринятие ответственности и склонность к конфронтации. Этот фактор получил название «*Экстрапроекция ответственности*».

Шестой фактор включает в себя положительную переоценку и отсутствие склонности к дистанцированию от проблемы. Он называется «*Положительная переоценка*».

На следующем этапе в результате кластерного анализа были получены личностные профили пациентов, содержащие устойчивые личностные характеристики, отражённые в полученных ранее факторах.

В первую группу вошли больные, обладающие высоким уровнем личностных ресурсов, склонные к согласию, сотрудничеству и реагирующие в трудной ситуации с применением стратегии положительной переоценки. Этот кластер назван «*Личность с ориентацией на адаптацию*».

Вторую группу составили пациенты, для которых характерен низкий уровень личностных ресурсов, низкий уровень взаимодействия с проблемой, низкая осмысленность жизни и высокая социальная зависимость. Данный кластер получил название «*Зависимая личность*».

В третью группу вошли больные с опухолью костей, не склонные к переложению ответственности, обладающие низким уровнем социальной зависимости, но при этом не склонные к положительной переоценке проблемной ситуации. Третий кластер был назван «*Ответственность и отчуждённость*».

Четвёртую группу составили пациенты с высоким уровнем осмысленности жизни, склонные к переложению ответственности и характеризующиеся низким уровнем взаимодействия с проблемой. Четвёртый кластер получил название «*Эгоцентризм и отчуждённость*».

На следующем этапе был проведён дисперсионный анализ с целью изучения влияния выделенных профилей личности пациентов (кластеров) на качество жизни, связанное с онкологической патологией и, непосредственно, с опухолевым поражением костей. Был проведён дисперсионный анализ, в котором использовались значения выделенных ранее четырёх факторов качества жизни (таблица 28).

Выявлено значимое (на уровне 0,007 по LSD-критерию Фишера) влияние профилей «Зависимая личность» и «Эгоцентризм и отчуждённость» на фактор «Улучшение КЖ за счёт повышения социально-экономических факторов». Это влияние иллюстрирует рис. 5.

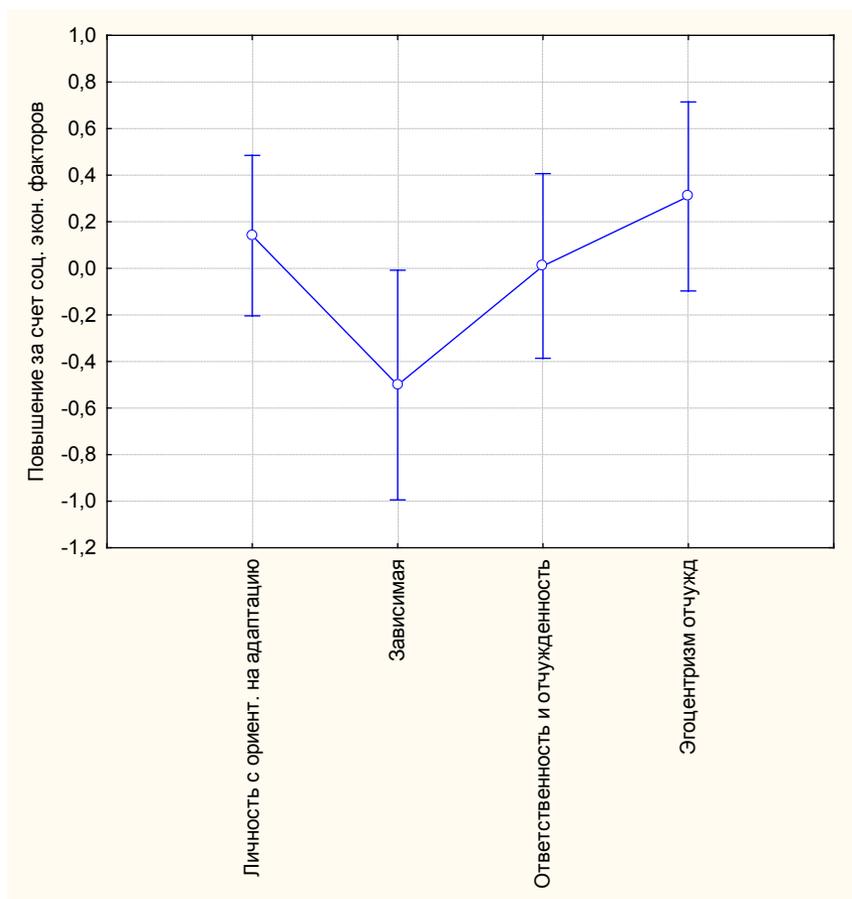


Рис. 5. Влияние профилей личности на фактор «Улучшение КЖ за счёт повышения социально-экономических факторов»

У пациентов, входящих в кластер «Зависимая личность», КЖ снижено по фактору, связанному с социально-экономическими аспектами. Это может говорить о том, что больные с опухолью костей, ориентированные на поиск поддержки у окружающих, в финансовых вопросах также ждут помощи близких и не стремятся взять на себя ответственность в этих вопросах.

Больные с опухолевым поражением костей, входящие в кластер «Эгоцентризм и отчуждённость», характеризуются высоким уровнем КЖ по данному фактору. Можно предположить, что пациенты, привыкшие опираться на себя, даже оказавшись в ситуации тяжёлого заболевания, рассчитывают на свои ресурсы и не ожидают значительной финансовой помощи от окружающих.

Таким образом, в исследовании получены данные, указывающие на значительное влияние не отдельных личностных особенностей, а целостных профилей личности пациентов на качество жизни, связанное с опухолевым поражением костей. Такие структуры личности, которые включают высокую осмысленность жизни, высокий уровень личностных ресурсов, склонность к согласию, сотрудничеству и реагирование в трудной ситуации с применением стратегии положительной переоценки, соответствуют более высокому КЖ. При этом низкий уровень личностных ресурсов и низкий уровень взаимодействия с проблемой, низкая осмысленность жизни и высокая социальная зависимость соотносятся со снижением КЖ.

### **3.2.9. Взаимосвязь качества жизни и выживаемости пациентов с опухолями костей**

Вопрос прогноза выживаемости пациентов – один из ключевых при лечении заболеваний, сопровождающихся витальной угрозой. Учитывая значительные успехи в лечении больных с первичными и метастатическими опухолями костей, актуальным является вопрос изучения не только качества жизни пациентов, факторов, его определяющих, но и вопрос влияния качества жизни на исходы лечения и послеоперационной реабилитации. Это соответствует общему холистическому биопсихосоциальному подходу в медицине, рассматривающему клинические, медико-биологические, психологические и социальные факторы болезни и лечения в их интегрированном единстве, а качество жизни больных – как меру эффективности лечения (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007; Семиглазова Т.Ю. и др., 2017) и успешности адаптации личности к болезни (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2014). Исследование такого влияния продолжает представленную выше серию работ авторов и посвящено изучению взаимосвязи основных параметров качества жизни и показателей выживаемости пациентов онкоортопедической клиники (Кулага А.В. и др., 2019).

Известно, что онкоортопедия – одна из самых инновационных дисциплин в современной клинической медицине, что определяется обязательным применением мультидисциплинарного подхода в лечении больных с опухолями костей. Внедрение современных технологий и протоколов

лечения позволило добиться выживаемости больных с саркомами костей высокой степени злокачественности до 75%, органосохраняющие операции выполнять в 85% случаях, а в детской онкоортопедии выживаемость достигает 85% и органосохраняющее лечение выполняется 95% детей (Алиев М.Д., Сушенцов Е.А.). Значительный успех был достигнут при разработке и внедрении протоколов, обеспечивающих органосохраняющее лечение, таких, как эндопротезирование крупных суставов, костей таза, костей сложных анатомических локализаций у больных с опухолями костей. Значительную роль наряду с эндопротезированием играют разрабатываемые и внедряемые реконструктивно-пластические операции с использованием костных и костно-мышечных аутотрансплантатов.

В этих условиях дальнейшее изучение различных аспектов качества жизни при онкоортопедической патологии предполагает обращение к практически значимому и совершенно не изученному в научном плане вопросу о роли (прогностическом значении) общего уровня и отдельных параметров КЖ в выживаемости больных с опухолевым поражением костей. Это тем более важно, что исследования в других областях клинической медицины позволили сформировать позицию, согласно которой параметры КЖ больного обладают независимой прогностической значимостью и являются более точными факторами прогноза выживаемости и состояния больного во время лечения, чем общесоматический статус (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2014).

В связи с этим, можно было ожидать, что установление достоверной взаимосвязи между показателями качества жизни и выживаемостью пациентов с опухолями костей может положительно влиять на улучшение непосредственных и отдалённых результатов лечения, которое обеспечивается отмеченным ранее мультидисциплинарным (медико-психо-социальным) подходом к лечению и реабилитации больных. Таким образом, целью настоящего исследования явилась проверка гипотезы о существовании закономерной взаимосвязи между показателями трёхлетней выживаемости и параметрами качества жизни, измеренными на начальном этапе лечения больных разными нозологическими формами опухолевого поражения костей.

Материал составили данные психологического исследования 50 пациентов с опухолевым поражением костей. В группу вошли 13 пациентов с остеосаркомой (С 40), 18 пациентов с хондросаркомой (С 40), 13 пациентов с гигантоклеточной опухолью D (48.0) и 6 пациентов с вторичным опухолевым поражением костей, а именно метастазами в кости при светлоклеточном раке почки (С64) (Международная статистическая классификация болезней 10 пересмотра, МКБ-10, 1995). Средний возраст пациентов составляет  $40,14 \pm 15,94$  лет. Среди пациентов 31 (62%) мужчин и 19 (38%) женщин. Все пациенты находились на лечении в хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата и в отделении вертебральной хирургии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина.

Материалом для анализа послужили также сведения о выживаемости пациентов, содержащиеся в архивной медицинской документации и информационных базах данных НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина.

Как отмечалось в главе 3, для изучения основных параметров качества жизни использовались усовершенствованный «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire Core-30) и дополнительный модуль BM-22, предназначенный для оценки КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей. Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 20.0 и Excel XP. Использовались факторный анализ и дисперсионный анализ. Выживаемость в группе пациентов с опухолевым поражением костей была посчитана с помощью метода Каплана-Майера.

На первом этапе исследования были изучены показатели качества жизни пациентов с различными нозологическими формами опухолевого поражения костей. В таблице 30 приведена описательная статистика шкальных оценок использованных опросников качества жизни.

Табл. 30. Показатели качества жизни, связанного с опухолевым поражением костей

Шкалы опросника качества жизни» EORTC QLQ C-30	Остеосаркома (n = 13)	ГКО (n = 13)	Хондросаркома (n = 18)	Mts в кости скелета (n = 6)	Вся группа (n=50)
	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m
Общее состояние здоровья	63,46 ± 5,34	55,77 ± 7,03	46,76 ± 7,2	44,44 ± 9,33	53,17 ± 3,6
Физическая активность	66,15 ± 8,14	54,87 ± 6,05	65,93 ± 6,22	63,33 ± 13,03	62,8 ± 3,74
Ролевая активность	58,97 ± 9,55	50 ± 10,2	58,33 ± 8,8	55,56 ± 13,05	56 ± 4,8
Эмоциональная активность	76,92 ± 9,06	66,67 ± 6,05	68,06 ± 5,89	68,05 ± 12,11	70 ± 3,63
Когнитивная активность	89,74 ± 3,69	83,33 ± 5,55	84,26 ± 3,53	83,33 ± 8,16	85,33 ± 2,24
Социальная активность	65,38 ± 10,1	60,26 ± 7,99	70,37 ± 6,29	55,56 ± 14,66	64,67 ± 4,18
Утомление	31,62 ± 6,52	41,73 ± 5,77	44,44 ± 5,85	51,85 ± 13,2	41,11 ± 3,37
Тошнота и рвота	3,85 ± 2,88	3,38 ± 2,88	4,63 ± 3,34	13,89 ± 5,61	5,33 ± 1,7
Боль	32,05 ± 8,2	37,18 ± 8,37	56,48 ± 6,22	61,11 ± 12,17	45,67 ± 4,16
Одышка	7,69 ± 4,22	15,38 ± 7,37	20,37 ± 7,91	33,33 ± 13,33	17,33 ± 3,88

Шкалы опросника качества жизни» EORTC QLQ C-30	Остеосаркома (n = 13)	ГКО (n = 13)	Хондросаркома (n = 18)	Mts в кости скелета (n = 6)	Вся группа (n=50)
	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m
Бессонница	25,64 ± 9,75	25,64 ± 8	51,85 ± 8,42	44,44 ± 12,17	37,33 ± 4,78
Потеря аппетита	20,51 ± 7,39	30,77 ± 8,3	20,37 ± 7,91	33,33 ± 16,32	24,67 ± 4,28
Констипация	2,56 ± 2,67	7,69 ± 4,22	20,37 ± 6,87	22,22 ± 12,17	12,67 ± 3,17
Диарея	10,26 ± 4,62	5,13 ± 5,34	7,4 ± 4,43	16,67 ± 12,47	8,67 ± 2,69
Финансовые затруднения	56,41 ± 10,68	69,23 ± 10,3	50 ± 7,47	61,11 ± 17,43	58 ± 4,98
Шкалы модуля QLQ-BM22					
Локализация боли	14,36 ± 3,41	25,56 ± 5,67	27,11 ± 5,24	27,78 ± 3,96	23,19 ± 2,51
Характер боли	21,37 ± 10,27	23,15 ± 7,35	44,44 ± 7	27,78 ± 6,85	30,19 ± 4,29
Ограничения активности	73,4 ± 8,21	71,18 ± 5,68	51,95 ± 6,35	52,08 ± 7,52	63,04 ± 3,7
Психосоциальные аспекты	46,58 ± 5,21	41,2 ± 5,07	44,81 ± 4,29	40,74 ± 7,8	43,84 ± 2,59

В дальнейшем с помощью факторного анализа проведена редукция показателей, позволившая большое количество исходных переменных (показателей «Опросника качества жизни» EORTC QLQ-C30 и дополнительного модуля BM-22) свести к значительно меньшему числу факторов, каждый из которых объединяет исходные переменные, имеющие общий смысл. Было выделено три обобщённых фактора КЖ, связанного с опухолевым поражением костей, значения которых оказались выше единицы и, соответственно, они могли быть использованы при дальнейшем анализе.

Первый фактор КЖ, названный «Психосоматические симптомы», отличается сниженными значениями качества жизни по шкалам «Тошнота и рвота», «Констипация», «Диарея». Пациенты с опухолевым поражением костей, включённые в исследование, проходили исключительно хирургическое лечение (химиотерапевтическое лечение являлось критерием исключения из исследования). Следовательно, снижение КЖ по данным параметрам не может рассматриваться как осложнения от лечения (пациенты имеют одинаковый – без статистически значимых различий между нозологическими группами – объективный соматический статус по шкалам Karnofski и ECOG-ВОЗ). При этом, пациенты сообщали о наличии таких симптомов, как тошнота, потеря аппетита, констипация и диарея, нарушения сна в связи с негативными эмоциональными состояниями: тревогой, подавленностью,

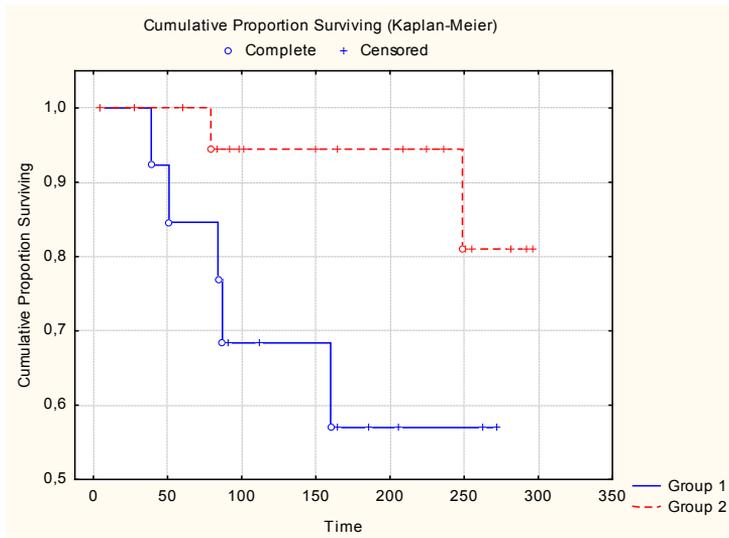
дисфорией. Поэтому снижение качества жизни по данным параметрам может рассматриваться как проявление соматизации негативных эмоциональных переживаний.

Второй фактор КЖ, получивший название «Высокое общее качество жизни», включает достаточно высокие показатели КЖ по шкалам «Общее состояние здоровья», «Физическая активность», «Социальная активность», «Психосоциальные аспекты».

Третий фактор КЖ отличается высоким КЖ по параметру «Эмоциональная активность» и низкой выраженностью психосоматических симптомов, что соответствует высоким показателям по симптоматическим шкалам «Утомление», «Одышка», «Потеря аппетита». Третий фактор назван «Высокая эмоциональная активность».

На следующем этапе математико-статистической обработки данных была посчитана выживаемость пациентов с опухолевым поражением костей по методу Каплана-Майера и с помощью дисперсионного анализа были получены различия в выживаемости в группах пациентов, характеризующихся высокими значениями по выделенным факторам КЖ.

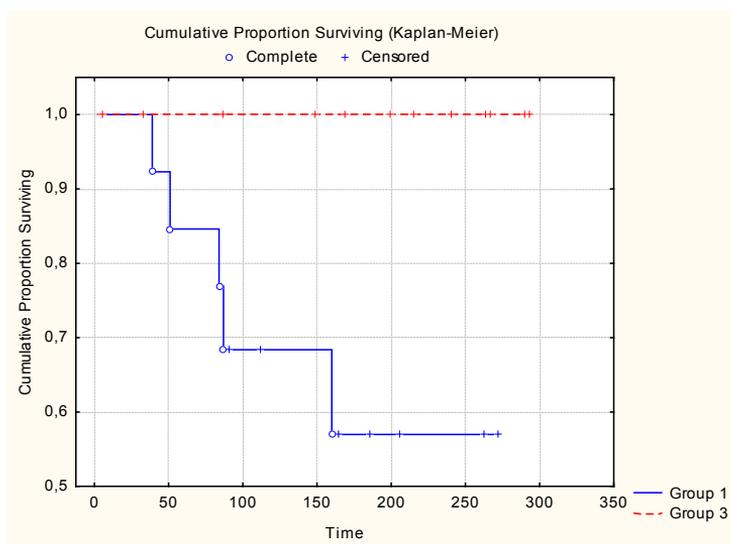
На рисунке 6 представлены различия в выживаемости пациентов с опухолевым поражением костей, обладающих сниженным качеством жизни в связи со склонностью к соматизации эмоциональных переживаний (фактор 1 – «Психосоматические симптомы») и пациентов, характеризующихся достаточно высоким качеством жизни по параметрам общего состояния здоровья, физической и социальной активности (фактор 2 – «Высокое общее качество жизни»).



**Рис. 6.** Различия в выживаемости пациентов с опухолевым поражением костей, относящихся к факторам КЖ «Психосоматические симптомы» и «Высокое общее качество жизни»

Как видно на рис. 6, пациенты с опухолевым поражением костей, характеризующиеся более высоким качеством жизни, характеризуются также лучшей выживаемостью ( $Var = 1,6761$   $p = ,05306$ ).

На рисунке 7 представлены различия в выживаемости пациентов с опухолевым поражением костей, обладающих сниженным качеством жизни в связи со склонностью к соматизации эмоциональных переживаний (фактор 1 – «Психосоматические симптомы»), и пациентов, обладающих высоким качеством жизни по параметрам эмоционального состояния и отсутствия выраженной астении (фактор «Высокая эмоциональная активность»).



**Рис. 7.** Различия в выживаемости пациентов с опухолевым поражением костей, относящихся к факторам КЖ «Психосоматические симптомы» и «Эмоциональная активность»

Рис. 7 так же, как рис. 6, показывает, что лучшее качество жизни соотносится с лучшей выживаемостью пациентов с опухолевым поражением костей. ( $Var = 1,1318$   $p = ,02059$ ).

Таким образом, результаты проведённого исследования позволяют заключить, что более высокое качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей соотносится с лучшей выживаемостью, в то время как снижение качества жизни пациентов, связанное с соматизацией негативных эмоциональных переживаний, соответствует более низкому уровню выживаемости. Полученные результаты согласуются с данными исследований, приводящих значение параметров КЖ до лечения как прогностических факторов общей выживаемости для рака лёгкого и молочной железы (Coates A.S., GebSKI V., Signorini D. et al., 1992; Cella D.F., Fairclough D.,

Vononi P. et al., 1997). Результаты многофакторного анализа в исследовании КЖ в группе больных немелкоклеточным раком лёгкого в запущенной стадии показали, что параметры КЖ пациентов до лечения имели статистически достоверную связь с уровнем выживаемости. Самая длительная выживаемость выявлена в группе пациентов с изначально хорошим качеством жизни, самая низкая выживаемость – у пациентов с изначально плохим КЖ и промежуточная – у пациентов с промежуточным уровнем КЖ (Cella D.F., Fairclough D., Vononi P. et al., 1997). Полученные данные могут быть учтены при определении основных направлений психологической помощи пациентам с опухолевым поражением костей

## Глава 4

# ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И КРЕСТЦА

В современных условиях повышенного внимания общества к проблемам и успехам онкологии, к новым методам лечения, обеспечивающим не только выживаемость, но и существенное улучшение качества жизни больных за счёт внедрения новых высокотехнологичных методов лечения, актуальными становятся вопросы адекватного психологического сопровождения лечебного процесса, индивидуализированной психологической помощи больным на всех этапах лечения. В связи с этим особый интерес представляет изучение психологических и социальных аспектов и факторов эффективности новейшего хирургического лечения пациентов с опухолевым поражением позвоночника и крестца. Важно отметить, что это – наиболее сложные разделы онкоортопедии, которые сопряжены с высокой травматичностью операций и большими хирургическими рисками. Именно поэтому актуальным для клинической медицины является вопрос всесторонней оценки результатов лечения и в первую очередь функциональных возможностей и качества жизни пациентов после высокотехнологичного лечения.

### 4.1. Опухоли позвоночника

Изучение качества жизни интенсивно проводится в настоящее время во всех областях медицины. Однако работы, посвящённые исследованию качества жизни пациентов с опухолевым поражением позвоночника, немногочисленны (Кулага А.В., 2019). Среди них – результаты изучения качества жизни пациентов с метастатическим поражением позвоночника, которые свидетельствуют о значительном его снижении в связи с интенсивностью боли в группе больных, прошедших хирургическое лечение, по сравнению с пациентами, лечение которых проводилось методами радиотерапии (Colman M.W., Karim S.M., Lozano-Calderon S.A, 2015). Определены наиболее прогностически благоприятные факторы в отношении динамики качества жизни пациентов с опухолями позвоночника после хирургического лечения; к ним относятся: неврологический дефицит, ограничения физической активности в связи с состоянием здоровья, а также женский пол (Barzilai O., McLaughlin L., Amato M.K., 2018). Зафиксирован более низкий уровень тревоги, депрессии и меньшая интенсивность болевых ощущений

у пациентов с опухолевым поражением позвоночника, проходящих первичное лечение, по сравнению с больными, у которых диагностирован рецидив заболевания (Schwab J. H., Janssen S. J., Paulino Pereira N.R., 2017). В проведённом нами до и после хирургического лечения пилотном исследовании 28 пациентов с метастатическим поражением позвоночника уже в раннем послеоперационном периоде показана отчётливая положительная динамика общей оценки качества жизни, связанного со здоровьем, параметров качества жизни, отражающих эмоциональную и социальную активность, а также выраженности неврологических дисфункций (Щелкова с соавт., 2019).

Актуальность настоящего исследования определяется необходимостью дальнейшего изучения динамики параметров качества жизни пациентов с опухолями позвоночника в процессе хирургического лечения, а также изучения взаимосвязи основных параметров качества жизни пациентов в послеоперационном периоде – периоде отчётливого объективного улучшения функционального состояния больных – с субъективно-личностными характеристиками, в том числе, ответственными за адаптацию личности к болезни – механизмов (стратегий и личностных ресурсов) копинга. Полученные результаты могут способствовать более целенаправленному и индивидуализированному формированию программ психологической помощи и социальной реабилитации пациентам с опухолевым поражением позвоночника.

Цель исследования состояла в изучение динамики основных параметров качества жизни пациентов с опухолевым поражением позвоночника в периоперационном периоде хирургического лечения, а также изучение взаимосвязи параметров качества жизни с психологическими характеристиками больных.

Материал исследования составили: а) медико-биологические, демографические, социально- и индивидуально-психологические характеристики, а также основные параметры качества жизни 62 больных с опухолевым поражением позвоночника, получающих лечение в отделении вертебральной хирургии Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина. Среди них 22 – мужчины (35,5%) и 40 – женщин (64,5%). Средний возраст пациентов составил 54,98 лет,  $\delta = 13,76$ .

Анализ клинических характеристик больных, отражённых в медицинской документации, показал, что наиболее частой причиной обращения в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина было метастатическое поражение позвоночника – 54 чел. (87,1%); при этом у 15 (24,2%) больных выявлены метастазы в позвоночник из первичного источника других локализаций. В связи с первичной опухолью позвоночника обратились за помощью 6 чел. (9,7%); у двух пациентов (3,2%) отмечался рецидив ранее диагностированного заболевания. Ряд клинических характеристик, потенциально связанных с качеством жизни больных с опухолями позвоночника, представлен в таблице 31.

Табл. 31. Клинические характеристики пациентов с опухолевым поражением позвоночника

Клинические характеристики и градации признака	Чел.	%
Стадия заболевания		
Первая	3	4,8
Вторая	7	11,3
Третья	8	12,9
Четвертая	44	70,9
Костные метастазы		
Исходно при постановке диагноза	24	38,7
При прогрессировании заболевания	30	48,4
Отсутствуют	8	12,9
Перелом позвоночника		
Отсутствует	25	40,3
Патологический перелом	37	59,7
Количество патологических переломов (уровень)		
Одноуровневое	25	40,3
Многоуровневое	12	19,4
Нет данных	25	40,3
Вторичные деформации позвоночника на фоне патологического перелома		
Нет	32	51,6
Есть	5	8,1
Особенности болевого синдрома (источник)		
Один уровень симптоматики (локальный)	55	88,7
Многоуровневая симптоматика (диффузный)	7	11,3
Тип операции		
Чрескожная стабилизация	31	50,0
Декомпрессивно-стабилизирующие операции	20	32,3
Резекции без стабилизации	4	6,5
Расширенные корпорэктомии и спондилэктомии	7	11,3
Наличие дополнительного противоопухолевого лечения на момент обращения		
Нет	42	67,7

Окончание таблицы 31

Клинические характеристики и градации признака	Чел.	%
Системное противоопухолевое лечение	15	24,2
Лучевая терапия	3	4,8
Комбинированное лечение	2	3,2

Как можно видеть, большинство пациентов имели четвёртую (генерализованную) стадию заболевания. У большинства пациентов (87,3%) были выявлены костные метастазы, при этом у 38,7% больных с опухолевым поражением позвоночника метастазы были выявлены исходно при постановке диагноза, а у 48,4% пациентов – при прогрессировании заболевания. Также у большинства пациентов (59,7%) был выявлен патологический перелом позвоночника.

У 88,7% пациентов болевой синдром носит локальный характер и включает один уровень симптоматики. В рамках хирургического лечения 50% пациентов была выполнена чрескожная стабилизация, лечение 32,3% больных включало декомпрессивно-стабилизирующие операции.

Большинство пациентов (67,7%) не имели дополнительного противоопухолевого лечения на момент обращения.

Для определения динамики основных параметров качества жизни больных с опухолями позвоночника был использован комплекс методов, позволяющих оценить как объективные ограничения жизнедеятельности в связи заболеванием, так и субъективное отношение пациентов к своему состоянию и жизненной ситуации, сложившейся в связи с ним. Это следующие методы, описание и ссылки на источник опубликования которых представлены в главе 3: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey» – (SF-36) и специализированный «Опросник качества жизни при онкологической патологии» («Quality of Life Questionnaire-Core 30» – EORTC QLQ-C30). Кроме того, использован специализированный опросник качества жизни «Spine Oncology Study Group Outcomes Questionnaire (SOSG-OQ), разработанный непосредственно для исследования качества жизни, связанного с опухолевым поражением всех отделов позвоночника (Jansen S.J., Teunis T., van Dijk E., 2017). Включает шкалы 20 вопросов, организованных в 5 шкал «Физическая активность», «Неврологические функции» (двигательная, выделительная и др. функции), «Боль», «Социальный статус», «Эмоциональная активность». При анализе результатов следует учитывать, что более высокая шкальная оценка соответствует более высокому уровню качества жизни по каждой шкале. В отечественных исследованиях опросник применялся для изучения динамики основных параметров качества жизни пациентов с метастатическим поражением

позвоночника до и после хирургического лечения (Щелкова О.Ю., 2019). Опросники качества жизни использовались в настоящем исследовании дважды: до и после хирургического вмешательства.

Для изучения психологических характеристик, потенциально связанных с общим уровнем и отдельными параметрами качества жизни пациентов с опухолями позвоночника, был использован комплекс психодиагностических методик, который составили тестовые (психометрические) методы, направленные на изучение механизмов адаптации личности к болезни – стратегий и личностных ресурсов совладающего поведения (копинга): «Способы совладающего поведения» (ССП), «Большая пятёрка» (BIG V), «Смысложизненные ориентации» (СЖО). Эти методы также представлены в главе 3.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 20.0 и Excel XP. Статистически значимые различия количественных показателей качества жизни, измеренных на разных этапах хирургического лечения больных с опухолями позвоночника, получены с использованием U-критерия Манна-Уитни; корреляционный анализ психодиагностических показателей и параметров качества жизни проведён с использованием р-критерия Спирмена, а также частотный анализ номинативных признаков.

В таблице 32 приведены результаты сравнительного анализа основных параметров качества жизни пациентов с опухолевым поражением позвоночника, измеренных в периоды до и после хирургического лечения.

**Табл. 32.** Средние значения шкальных оценок опросников качества жизни в группе пациентов с опухолевым поражением позвоночника до и после хирургического лечения

Названия и стандартные обозначения шкал опросников качества жизни		До операции (n = 63)	После операции (n = 63)	Достоверность различий
		M ± m	M ± m	
Краткий общий опросник оценки статуса здоровья (SF-36)				
GH	Общее состояние здоровья	45,44 ± 2,37	48,97 ± 3,07	p < 0,05
PF	Физическая активность	29,69 ± 3,52	31,36 ± 4,76	
RP	Роль физических проблем	5,21 ± 2,46	12,88 ± 4,88	p < 0,05
RE	Роль эмоциональных проблем	24,31 ± 5,13	31,31 ± 7,67	
SF	Социальная активность	46,88 ± 3,97	44,32 ± 5,28	
BP	Боль	30,91 ± 2,99	33,85 ± 3,75	
VT	Жизнеспособность	47,08 ± 2,41	47,42 ± 4,15	
MH	Психическое здоровье	54,00 ± 2,98	54,30 ± 3,63	

Окончание таблицы 32

Названия и стандартные обозначения шкал опросников качества жизни		До операции (n = 63)	После операции (n = 63)	Достоверность различий
		M ± m	M ± m	
Опросник качества жизни при онкологической патологии (EORTC QLQ C-30)				
QL-2	Общая оценка качества жизни	38,07 ± 2,89	53,15 ± 2,40	p < 0,001
Функциональные шкалы				
PF-2	Физическая активность	44,37 ± 3,39	54,59 ± 3,89	p = 0,01
RF-2	Ролевая активность	35,34 ± 3,20	44,14 ± 4,25	
EF	Эмоциональная активность	61,02 ± 3,00	68,02 ± 3,99	0,05 < p < 0,1
CF	Когнитивная активность	69,54 ± 3,36	74,77 ± 4,22	0,05 < p < 0,1
SF	Социальная активность	48,28 ± 3,77	53,15 ± 4,74	
Симптоматические шкалы				
FA	Слабость	55,17 ± 6,11	54,05 ± 3,61	
NV	Тошнота и рвота	12,35 ± 2,77	6,76 ± 6,11	p < 0,05
PA	Боль	67,82 ± 3,06	56,76 ± 4,06	p < 0,05
DY	Одышка	31,03 ± 3,92	21,62 ± 3,92	p < 0,05
SL	Нарушения сна	55,75 ± 3,71	41,44 ± 4,73	p < 0,05
AP	Потеря аппетита	28,74 ± 3,80	28,83 ± 5,03	
CO	Констипация	32,18 ± 4,56	30,63 ± 5,69	
DI	Диарея	13,79 ± 3,48	8,11 ± 3,27	
FI	Финансовые затруднения	45,40 ± 4,47	42,34 ± 6,01	
Опросник качества жизни при онкологическом поражении позвоночника (SOSG-OQ)				
PF	Физическая активность	29,69 ± 3,52	31,36 ± 4,76	p < 0,05
NS	Неврологические функции	88,33 ± 4,12	78,42 ± 6,10	0,05 < p < 0,1
Pain	Боль	67,80 ± 3,01	64,29 ± 3,74	
SF	Социальная активность	72,81 ± 3,75	176,12 ± 74,80	
EF	Эмоциональная активность	65,47 ± 3,25	60,12 ± 3,26	
GA	Общая оценка здоровья	74,52 ± 2,55	114,81 ± 32,23	

Анализ данных, представленных в таблице 32, показывает, что по большинству параметров качества жизни больных с опухолями позвоночника отмечается положительная динамика<sup>1</sup> в послеоперационном периоде по сравнению с предоперационным периодом: улучшение качества жизни в послеоперационном периоде на статистически значимом уровне и близком к нему отмечается по 11 показателям. Наиболее высоко статистически значимые различия между периодами получены по показателям «Общая оценка качества жизни» и «Физическая активность» («Опросник качества жизни при онкологической патологии») (EORTC QLQ C-30); кроме того, улучшение физического состояния и общего самочувствия отмечается, практически, по всем симптоматическим шкалам этого опросника, причём по пяти шкалам – на статистически значимом уровне. Результаты динамического исследования показывают также увеличение эмоциональной и когнитивной активности пациентов после перенесённой хирургической операции по сравнению с предоперационным периодом. В то же время на уровне тенденции к статистической значимости отмечается ухудшение показателя «Неврологические функции» в послеоперационном периоде, отражающего ожидаемые для этого периода такие симптомы, как слабость в ногах, потребность в помощи при ходьбе и ослабление контроля над функциями кишечника и мочеиспускания. Следует отметить также существенные изменения структуры параметров качества жизни (соотношения шкальных оценок «Опросника качества жизни при онкологическом поражении позвоночника – SOSG-OQ): доминирующими после операции являются показатели шкал «Социальная активность» и «Общая оценка здоровья».

Таким образом, анализ статистических характеристик шкал опросников, построенных на самооценке, полученных в до- и послеоперационном периодах, показывает отчётливую положительную динамику таких параметров качества жизни, связанного со здоровьем, как общая оценка здоровья и качества жизни, физическая, эмоциональная, социальная и когнитивная активность, а также уменьшение ограничений жизненного функционирования, связанных с болью, одышкой, тошнотой и нарушениями сна. В то же время в послеоперационном периоде наблюдается (возможно, преходящее) возрастание неврологических дисфункций.

В соответствии с общей целью на следующем этапе исследования с помощью корреляционного анализа была изучена взаимосвязь основных параметров качества жизни с психологическими характеристиками больных, перенёвших хирургическую операцию в связи с опухолевым поражением позвоночника. Основанием для проведения анализа послужили результа-

---

<sup>1</sup> В случае симптоматических шкал опросника EORTC QLQ C-30 положительная динамика отражается в снижении показателей в послеоперационном периоде по сравнению с дооперационным периодом; во всех остальных случаях положительная динамика отражается в повышении показателей качества жизни.

ты ранее проведённых исследований, показавших, что психологические (личностные) факторы во многом определяют субъективное восприятие качества жизни при онкоортопедической патологии (Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю., 2017Б), а также положение о том, что механизмы совладающего поведения (стратегии и личностные ресурсы копинга) и основные характеристики качества жизни, отражённые в сознании пациента, составляют единый комплекс психологической адаптации личности к болезни (Щелкова с соавт., 2018).

В таблице 33 приведены статистически значимые результаты корреляционного анализа шкальных оценок опросников качества жизни, использованных в настоящем исследовании, и методики «Способы совладающего поведения» (ССП).

**Табл. 33.** Результаты изучения взаимосвязи основных параметров качества жизни и стратегий совладающего поведения пациентов, перенесших хирургическую операцию в связи с опухолью позвоночника

Шкалы качества жизни	Шкалы методики «Способы совладающего поведения» (ССП)							
	ССП-1	ССП-2	ССП-3	ССП-4	ССП-5	ССП-6	ССП-7	ССП-8
Опросник SF-36								
VT								.395*
MH	.396*							
Опросник QLQ C-30								
QL-2	.445*		.421*	.474**				
PF-2		-.365*						
FA	-.379*							
DY	-.394*			-.533**	-.416*			-.377*
CO			-.470**	-.417*		-.363*	-.404*	-.615**
DI				-.361*				
FI							-.396*	-.380*
Опросник SOSG-OQ								
PF			-.370*				.436*	

**Примечание:** в таблицах 33–35 введены обозначения:

\*\* – корреляция значима на уровне 0,01.

\* – корреляция значима на уровне 0,05.

ССП-1 – Конфронтация

ССП-2 – Дистанцирование

ССП-3 – Самоконтроль

ССП-4 – Поиск социальной поддержки

ССП-5 – Принятие ответственности

ССП-6 – Бегство-Избегание

ССП-7 – Планирование решения проблемы

ССП-8 – Положительная переоценка

Как можно видеть, наиболее насыщенными корреляционными связями с показателями опросников качества жизни являются показатели шкал методики ССП «Конфронтация», «Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка».

Показатель шкалы «Конфронтация» положительно коррелирует с общим показателем качества жизни при онкологической патологии (QL-2), а также с показателем «Психическое здоровье» (опросник SF-36). Полученные результаты свидетельствуют о том, что, чем больше выражена наступательная позиция пациента при столкновении с трудностями, готовность проявлять активность и идти на риск для изменения ситуации, тем выше удовлетворённость качеством жизни, связанным со здоровьем, в том числе своим психическим состоянием. Одновременно показатель шкалы «Конфронтация» отрицательно коррелирует с показателями симптоматических шкал опросника QLQ C-30 «Слабость» и «Одышка»: чем больше выражены эти симптомы и ограничения жизнедеятельности, связанные с ним, тем меньше наступательная стресс-преодолевающая активность пациентов.

Тоже можно сказать про показатель шкалы ССП «Поиск социальной поддержки»: чем больше выражены показатели симптоматических шкал «Одышка», «Констипация», «Диарея», тем меньше используется внешний ресурс для преодоления стресса болезни. И, наоборот, чем меньше выражена симптоматика, тем активнее пациент стремится к преодолению жизненных трудностей, интегрируя в структуру копинга помощь и поддержку близких.

Показатель методики ССП «Положительная переоценка» положительно коррелирует с показателем качества жизни «Жизнеспособность» (методика SF-36) и отрицательно – со значениями симптоматических шкал «Одышка», «Констипация», а также «Финансовые затруднения» (опросник QLQ C-30): чем больше (чаще, интенсивнее) пациент использует названный когнитивный копинг, тем более энергичным, жизнеспособным и активным он себя ощущает; в тоже время при нарастании выраженности соматических симптомов и озабоченности экономическим положением в связи с болезнью снижается способность пациента к нахождению позитивного смысла (к «положительной переоценке») в объективно тяжёлой ситуации болезни. Поскольку корреляционный анализ выявляет взаимосвязь (взаимную связь) признаков, можно предположить также, что снижение способности пациента к «положительной переоценке» жизненной ситуации ведёт к увеличению субъективного ощущения соматического и финансового неблагополучия.

В таблице 3 приведены также данные, показывающие, что значение стратегии совладания «Самоконтроль» положительно коррелирует с общим показателем качества жизни (QL-2) и так же, как другие копинг-стратегии, отрицательно коррелирует с показателями симптоматических шкал. Полученный результат является закономерным, так как способность к самообладанию, контролю влияния аффекта на рациональную оценку ситуации

может способствовать адекватной (без установки катастрофизации) оценке качества жизни в условиях болезни. Одновременно возрастание тяжести соматического состояния может приводить к психической астенизации, в том числе, эмоциональной лабильности и «раздражительной слабости», то есть к снижению самоконтроля эмоций.

Шкальный показатель копинга «Дистанцирование» отрицательно коррелирует с показателем качества жизни «Физическая активность» (PF-2). Выявленная взаимосвязь показывает, что, чем меньше (реже) пациент прибегает к этому когнитивному копингу (обесцениванию, преуменьшению значимости ситуации), тем более физически активным он себя ощущает. Это соответствует представлению авторов адаптации теста ССП о том, что копинг «дистанцирование» может способствовать снижению субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций и предотвращению интенсивных эмоциональных реакций на фрустрацию (Вассерман Л.И. с соавт., 2014).

Результаты проведённого корреляционного анализа показывают, что все изученные (всего 8) с помощью методики ССП копинг-стратегии связаны с основными параметрами качества жизни исследованных пациентов. Это касается, преимущественно, общего показателя качества жизни в условиях онкологической патологии (QL-2) и, особенно, показателей симптоматических шкал, среди которых наиболее выделяется по частоте и уровню статистической значимости корреляционных связей показатель «Констипация» (нарушение функции толстого кишечника). Таким образом, ощущение соматического неблагополучия в различных системах организма в послеоперационном периоде хирургического лечения опухоли позвоночника тесно отрицательно взаимосвязано с системой стратегий совладающего поведения: при нарастании признаков соматического неблагополучия снижается способность эффективного использования этой системы и, наоборот, использование разнообразных стратегий преодоления стресса может привести к снижению ощущения соматического неблагополучия.

В таблице 34 приведены статистически значимые результаты корреляционного анализа шкальных оценок опросников качества жизни личностного опросника «Большая пятёрка» (BIG V).

**Табл. 34.** Результаты изучения взаимосвязи основных параметров качества жизни и личностных характеристик пациентов, перенесших хирургическую операцию в связи с опухолью позвоночника

Шкалы качества жизни	Шкалы личностного опросника «Большая пятёрка» (BIG V)			
	Самосознание, организованность	Сотрудничество, кооперативность	Эмоциональная стабильность	Личностные ресурсы
Опросник SF-36				
RP	.521**	.506**		

Шкалы качества жизни	Шкалы личностного опросника «Большая пятерка» (BIG V)			
	Самосознание, организованность	Сотрудничество, кооперативность	Эмоциональная стабильность	Личностные ресурсы
SF	.378*			
BP	.370*			.399*
Опросник QLQ C-30				
PF-2				.385*
DY	-.444**	-.456**		
FI	-.383*			
Опросник SOSG-OQ				
Pain			-.368*	

При анализе данных, представленных в таблице 34, обращает внимание полное отсутствие корреляционных связей между показателями качества жизни, измеренными на послеоперационном этапе, с показателем первой шкалы методики BIG V «Экстраверсия». Наиболее насыщенным корреляционными связями с показателями качества жизни является показатель шкалы «Самосознание, организованность», который положительно коррелирует с показателями «Роль физических проблем», «Социальная активность» и «Боль» (опросник SF-36), а также отрицательно коррелирует с показателями симптоматических шкал «Одышка» и «Финансовые затруднения» (опросник QLQ C-30). Полученные результаты свидетельствуют о том, что, чем выше степень организованности, дисциплинированности, целеустремлённости, мотивированности и требовательности к себе, тем выше степень удовлетворённости пациентов своей социальной активностью и тем, что физические проблемы и боль не оказывают на их жизнь существенного влияния. Одновременно снижение способности личности к самоорганизации сопровождается нарастанием соматической (возможно, психосоматической) симптоматики, а также неудовлетворённостью и тревогой в области своего финансового состояния.

Тоже касается личностной черты «готовность к сотрудничеству»: чем выше уровень доброжелательности, открытости, доверия пациента к окружающим (показатель «Сотрудничество, кооперативность», опросник BIG V), тем в большей степени пациент удовлетворён способностью справляться с физическими проблемами (показатель «Роль физических проблем», опросник QLQ C-30). Выявлена также вполне закономерная отрицательная корреляционная связь между показателем методики BIG V «Эмоциональная

стабильность» и показателем «Pain» специализированного для больных с опухолевым поражением позвоночника опросника SOSG-OQ: чем меньше эмоциональная устойчивость и выше нейротизм, тем более ипохондричен, тревожен и чувствителен к боли пациент.

Особый интерес представляет выявленная статистически значимая положительная связь показателя методики BIG V «Личностные ресурсы» с показателями качества жизни «Боль» (опросник SF-36) и «Физическая активность» (Опросник QLQ C-30): чем больше пациент стремится к самореализации, совершенствованию, поиску нового, то есть в широком смысле, чем выше креативность личности, тем более он активен и тем в меньшей степени болевые ощущения ограничивают его активность.

Таким образом, согласно результатам изучения взаимосвязи основных параметров качества жизни с показателями личностного опросника BIG V, ни один из измеренных на послеоперационном этапе 29 параметров качества жизни не взаимосвязан с типологической характеристикой личности «экстраверсия / интроверсия». Положительные взаимосвязи с показателями качества жизни имеют те психологические характеристики, которые характеризуют зрелость личности – способность к самоорганизации, целеустремленность, кооперативность и особенно – стремление к самореализации, совершенствованию (личностные ресурсы). Отрицательные взаимосвязи названные психологические характеристики имеют с показателями симптоматических шкал опросника качества жизни: чем менее зрелой и устойчивой является личность, тем больше у пациента выражены разнообразные соматические симптомы и болевые ощущения.

В таблице 35 приведены статистически значимые результаты корреляционного анализа шкальных оценок опросников качества жизни и опросника «Смыслжизненные ориентации» (СЖО).

**Табл. 35.** Результаты изучения взаимосвязи основных параметров качества жизни и смысловжизненных ориентаций пациентов, перенесших хирургическую операцию в связи с опухолью позвоночника

Шкалы качества жизни	Шкалы опросника «Смысловжизненные ориентации (СЖО)				
	Цели в жизни	Процесс жизни	Результативность жизни	Локус контроля – Я	Локус контроля – Жизнь
Опросник SF-36					
PF		.433*			
BP		.390*			
VT		.555**			
MH		.546**			

Шкалы качества жизни	Шкалы опросника «Смысловые ориентации (СЖО)				
	Цели в жизни	Процесс жизни	Результативность жизни	Локус контроля – Я	Локус контроля – Жизнь
Опросник QLQ C-30					
PF-2		.496**			
EF		.618*	.452*	.409*	
CF		.478*			
SF				.411*	
DY	-.375*	-.389*	-.456*	-.504**	-.381*
SL		-.527**	-.369*	-.379*	
AP	-.369*	-.597**	-.441*	-.403*	-.450*
DI	-.385*	-.409*		-.431*	
FI		-.426*			
Опросник SOSG-OQ					
Pain	-.381*	-.462**	-.403*	-.375*	
SF		.606**			-.524**

Наибольшее количество корреляционных связей с показателями опросников качества жизни имеет показатель шкалы «Процесс жизни» методики СЖО. Для этого показателя выявлены положительные, в том числе высоко статистически значимые, взаимосвязи с показателями «Физическая активность», «Боль», «Жизнеспособность», «Психическое здоровье» (опросник SF-36), «Физическая активность», «Эмоциональная активность», «Когнитивная активность» (опросник QLQ C-30), «Социальная активность» (опросник SOSG-OQ). Также выявлены высоко значимые отрицательные корреляционные связи с показателями симптоматических шкал опросника качества жизни при онкологической патологии QLQ C-30: «Одышка», «Нарушения сна», «Потеря аппетита», «Диарея», «Финансовые затруднения».

Полученный результат ясно показывает, что, чем в большей степени пациент воспринимает процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, тем больше его удовлетворённость качеством жизни в условиях болезни по вышеперечисленным позициям: физическая, социальная, эмоциональная, когнитивная активность и др. Снижение показателя смысловой насыщенности и активности

жизни сопровождается усилением соматических симптомов, относящихся к различным системам организма, а также переживанием за финансовое состояние.

Схожие статистические закономерности выявлены для шкалы «Результативность жизни» методики СЖО: показатель этой шкалы положительно коррелирует с показателем «Эмоциональная активность» и отрицательно – с показателями «Одышка», «Нарушения сна», «Потеря аппетита» (опросник QLQ C-30), «Pain» (опросник SOSG-OQ). В содержательном плане полученные результаты отражают то, что субъективная высокая оценка пациентом осмысленности и продуктивности пройденного отрезка собственной жизни, удовлетворённость самореализацией сопровождаются удовлетворенностью своей эмоциональной активностью в условиях болезни; снижение такой оценки сочетается с субъективным ощущением усиления названных соматических симптомов.

Практически, такие же корреляции с показателями опросников качества жизни получены для показателя методики СЖО «Лocus контроля – Я». Результаты свидетельствуют о том, что, чем выше интернальность личности, тем выше удовлетворенность такими аспектами своей жизни, как эмоциональная активность и социальная активность и тем в меньшей степени соматические симптомы (одышка, нарушения сна и аппетита, диарея и болевые ощущения) оказывают влияние на жизненное функционирование в условиях болезни.

Для показателя шкалы методики СЖО «Цели в жизни» выявлены исключительно отрицательные значимые корреляции с показателями симптоматических шкал опросников качества жизни: наличие целей, определённых планов на будущее, которые придают жизни осмысленность и положительную оценку временной перспективы, соответствует меньшей субъективно оцениваемой выраженности соматических симптомов и их влияния на качество жизни больных.

Отрицательные корреляции с показателями двух симптоматических шкал («Одышка» и «Потеря аппетита»), а также с показателем «Социальная активность» (опросник SOSG-OQ) имеет показатель шкалы СЖО «Лocus контроля – Жизнь». Полученный результат полностью соответствует представленным выше, так как также показывает обратные взаимозависимости между ощущением внутренней свободы, уверенности в своей способности принимать решения и воплощать их в жизни, принимать и нести ответственность за жизненный выбор, с одной стороны, и выраженностью соматической симптоматики, а также социальной активностью, с другой стороны.

Таким образом, изучение корреляционных зависимостей показателей трёх опросников качества жизни с показателями методики СЖО показали тесную взаимосвязь удовлетворённости / неудовлетворённости пациентов основными параметрами качества жизни после перенесённой операции с ощущением смысловой наполненности и продуктивности своей жизни, а

также с внутренним ощущением уверенности в своей способности определять её дальнейший ход и нести ответственность за принятые решения.

Представленное исследование связано с происходящим в настоящее время стремительным изменением возможностей лечения и восстановления больных с опухолями позвоночника. Новые возможности хирургии открывают перспективы существенного улучшения функционального состояния, продления жизни и оптимизации её качества у этой категории пациентов. В связи с этим возникает актуальная потребность конкретизировать основные направления психологической помощи и социальной реабилитации больных, которая может быть реализована исключительно на основе результатов специально проведённых психологических исследований. Именно к таким, ранее не проводимым исследованиям, относится настоящая совместная работа авторов – сотрудников Санкт-Петербургского государственного университета и Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина, основной целью которой было изучение изменений разнообразных составляющих качества жизни в послеоперационном периоде (перед выпиской из онкологического стационара) по сравнению с периодом до операции (при поступлении в стационар). Кроме того, в связи с задачей разработки научно обоснованных программ психологического вмешательства важно было изучить взаимосвязь основных параметров качества жизни, отражённых в сознании пациентов, с их психологическими характеристиками. В качестве таких характеристик в настоящем исследовании выступали стратегии и личностные ресурсы совладающего (стресс-преодолевающего) поведения (копинга). Выбор именно этих характеристик определялся результатами ранее проведённых исследований, показавших их роль в психологической адаптации личности к болезни при других формах онкоортопедической патологии (Щелкова О.Ю. с соавт., 2018). Очевидно, что список психологических характеристик, потенциально связанных с субъективным восприятием качества жизни при опухолях позвоночника, в перспективе может быть существенно расширен.

Результаты настоящего исследования пациентов с опухолевым поражением позвоночника до и после хирургического лечения показали положительную динамику большинства (23 из 29) изученных параметров качества жизни. Статистически подтверждённое улучшение имели такие показатели качества жизни, как оценка общего состояния здоровья и, особенно, общая оценка качества жизни, а также оценки физического состояния и физической активности. Выявлено также близкое к статистической значимости повышение показателей когнитивной и эмоциональной активности. Одновременно зафиксировано достоверное снижение выраженности отдельных соматических симптомов, ограничивающих жизненную активность пациентов и удовлетворённость ею. Важно отметить, что статистически значимая положительная динамика параметров качества жизни выявлена уже в раннем послеоперационном периоде. Исключение составляет показатель

«неврологические функции», снижение которого в этом периоде зафиксировано на уровне тенденции к статистической значимости.

Хирургическое вмешательство на позвоночнике является причиной нарушения ряда неврологических функций в ранний послеоперационный период, как правило, восстанавливающихся впоследствии. Угроза патологического перелома или наличие перелома, не дающие неврологической симптоматики в предоперационном периоде, тем не менее, являются опасными для здоровья пациента и составляют показания к операции.

Изучение взаимосвязи основных параметров качества жизни с психологическими характеристиками, ответственными за адаптацию личности к болезни, показало, что повышение показателей общих и функциональных шкал опросников качества жизни соответствует большей выраженности психологических характеристик, отражающих зрелость личности, таких, как высокий уровень субъективного контроля (интернальность), ответственность, целеустремлённость, активность, наличие ясных осмысленных целей, способность к кооперации, к обращению за социальной поддержкой и др. Напротив, снижение показателей зрелости личности и конструктивных стратегий преодоления стресса сопровождается повышением показателей симптоматических шкал качества жизни, то есть сочетается с выраженностью соматической симптоматики. Однако, поскольку обсуждается характер двухсторонней взаимосвязи, то можно предположить, что снижение названных показателей зрелости личности и конструктивных копинг-стратегий ведёт к утяжелению субъективного восприятия соматической симптоматики и неосознанной аггравации её в процессе психологического исследования.

В заключение следует подчеркнуть, что, в настоящее время, пациенты с опухолями позвоночника проходят эффективное высокотехнологичное хирургическое лечение, которое повышает их выживаемость, значительно улучшает физическое состояние и различные аспекты качества жизни. Перспективы клинико-психологических исследований связаны в этой области с дальнейшим изучением психологических факторов качества жизни пациентов с целью разработки соответствующих программ их функциональной, социальной и психологической реабилитации.

## 4.2. Опухоли крестца

Результаты проведённого исследования позволяют заключить, что объём хирургического лечения значительно влияет на качество жизни и общий соматический статус пациентов с опухолями крестца.

Возможность сохранения нервного корешка S3 с одной стороны значительно снижает частоту и тяжесть дизурии, тогда как двустороннее сохранение S3 имеет решающее значение для предотвращения нарушения функций мочевого пузыря.

Сохранение хотя бы одностороннего корешка S3 значительно снижает частоту и степень запора, недержания и патологических ощущений по сравнению с двусторонним резецированием S3. Между тем, значительное снижение функции (запор и недержание) наблюдается между односторонней резекцией S2 и двусторонним пересечением S1. Общая тенденция указывает на то, что сохранение, по крайней мере, с одной стороны корешка S2 необходимо для базового управления дефекацией.

Из-за низкой заболеваемости опухолями крестца точное влияние времени восстановления на послеоперационную функцию пока неясно.

Тем не менее, в последующем исследовании функционирования пациентов через 12 месяцев после операции значительные различия в функционировании были обнаружены только с течением времени: в течение первых 3 месяцев после операции изменились функции мочевого пузыря и в течение первых 6 месяцев – двигательная функция, при этом функции кишечника не менялись с течением времени.

## **Глава 5**

# **ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ОПТИМИЗАЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ОНКООРТОПЕДИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ<sup>2</sup>**

Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни человека, целостный подход к лечению с учётом личностных особенностей пациента в настоящее время приобретает всё большее значение в отечественной и зарубежной медицине. Особое внимание уделяется субъективному восприятию пациентом возможности удовлетворения актуальных потребностей и полноценного социального функционирования, несмотря на связанные с болезнью ограничения (Вассерман Л. И., Трифонова Е. А. 2007). В этом контексте приобретает особое значение профессиональная психологическая помощь, которая может способствовать формированию у пациента адекватного отношения к болезни, представления о своих возможностях, коррекции ценностно-мотивационных и поведенческих характеристик, связанных с лечением и реабилитацией.

В тоже время клиницисты нередко воспринимают психологическое консультирование как желательную, но необязательную часть лечебного процесса. В свою очередь, психологическое консультирование, оторванное от общего лечебного процесса, теряет свою значимость для клинической практики. В связи с этим важной задачей психологической помощи в клинике является её интеграция в единый процесс с другими лечебными мероприятиями. Психологическая диагностика и психологическое консультирование должны стать органической частью клинической реальности, отвечать её требованиям и актуальным запросам.

С нашей точки зрения, фактором объединения клинической и психологической практики может служить концепция Качество жизни. Именно качество жизни может рассматриваться как мера эффективности клинических интервенций и результативности психологических вмешательств. Качество жизни, связанное со здоровьем (КЖЗ) – это область, где психологическое консультирование может эффективно решать задачи повышения уровня психологического благополучия пациента, исходя из возможностей его физического состояния в процессе лечения и реабилитации.

Клинический опыт показывает, что повышение уровня тревожности, ипохондрическое, меланхолическое и дисфорическое настроение, появле-

---

<sup>2</sup> Глава написана совместно с Г.Л. Исуринной – руководителем проекта, поддержанного РФФИ (Рег. № 19-013-00154 А)

ние невротических симптомов и негативных эмоциональных состояний – частые явления в ситуации тяжёлого, угрожающего жизни заболевания значительно (а в некоторых случаях, принципиально) меняющего жизнь пациента в связи с ограничением физических возможностей. В этих условиях важным аспектом психологического консультирования в онкоортопедической клинике является работа с пациентом, направленная на формирование представлений о возможности собственного влияния на качество жизни в ситуации заболевания и обширного хирургического лечения.

Важно отметить, что операции при опухолях костей выполняются по всем онкологическим канонам, включающим принципы футлярности и абластики. Руководствуясь этими принципами, врачи нередко сталкиваются с необходимостью удалять большие группы мышц, окружающих опухоль, а также сосудисто-нервные структуры, что неминуемо приводит к ухудшению физического функционирования пациента. Большой объём операции и значительное влияние лечения на физические функции оказывают воздействие на эмоциональное состояние пациента, в связи с чем нередко формируется установка на беспомощность. Такая установка создаёт у пациента высокие ожидания от врачей и медицинских сестёр, родственников и близкого окружения, смещая локус контроля вовне. Собственные возможности активного участия пациента в лечебном процессе игнорируются. Эта проблема также является возможной мишенью психологического вмешательства, направленного на формирование у онкоортопедических пациентов установок на собственное активное участие в лечении, вовлечённости в лечебный процесс, развитие возможностей самостоятельного функционирования (прежде всего, возможности самообслуживания). Необходимо отметить также, что ситуация онкологического заболевания и хирургического лечения в онкоортопедическом стационаре может стать для пациента эмоционально травмирующим событием. Эмоциональное переживание, интенсивность которого не позволяет пациенту конструктивно пережить и переработать его, активизирует систему психических защит и формирует диссоциацию. Своевременная диагностика эмоциональной травмы и работа с ней помогает предотвратить капсулирование переживаний и развитие посттравматического стрессового расстройства (Калшед Д. 2015). Следует отметить, что отечественные исследователи приводят данные о широком распространении и высоком уровне посттравматического стрессового расстройства у онкологических больных (Тарабрина Н.В. с соавт., 2010), что указывает на особую значимость своевременной психологической помощи пациентам, переживающим диагноз и лечение в онкостационаре как эмоциональную травму. Очевидно, что в случаях нового высокотехнологичного хирургического лечения методы психологического до- и послеоперационного сопровождения лечебного процесса приобретают особую актуальность.

Таким образом, результаты проведённого исследования и анализ клинического опыта позволили выявить психологические характеристики,

коррекция которых может способствовать повышению эффективности лечебного и реабилитационного процесса у пациентов с онкоортопедической патологией, а также определить основное содержание Программы комплексной психологической помощи пациентам онкоортопедической клиники, основной частью которой является психологическое консультирование.

### **Программа психологического консультирования пациентов онкоортопедической клиники**

Психологическое консультирование понимается как помощь человеку в разрешении возникающих у него трудных и проблемных ситуаций и имеет своей целью изменение чувств, мыслей и поведения в направлении, обеспечивающим более полноценное функционирование личности. В ситуации болезни речь преимущественно идёт о чувствах, мыслях и поведении, непосредственно связанных с заболеванием и препятствующих конструктивному совладанию.

С нашей точки зрения, основной мишенью клиничко-психологического вмешательства в онкоортопедической клинике является качество жизни пациентов как совокупность переживаний и отношений, ориентированных на осмысление собственного существования, ценности здоровья и возможности личности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими потребностями и индивидуальными возможностями, в том числе и в условиях болезни.

Общая цель психологического консультирования в онкоортопедической клинике может рассматриваться как изменение когнитивных, эмоциональных и поведенческих характеристик, влияющих на качество жизни пациента: формирование более точного понимания актуальной ситуации и адекватного самопонимания, коррекция эмоционального состояния и эмоциональных отношений, изменение неадаптивных поведенческих стереотипов. Конкретные задачи психологического вмешательства могут быть определены следующим образом:

- предоставление пациенту необходимой информации о своём заболевании, лечении и прогнозе (совместно с врачом), обсуждение возникающих ожиданий, опасений и вопросов;
- проработка травматических переживаний, связанных с постановкой диагноза и предстоящим лечением в начале заболевания и в процессе лечения;
- предотвращение развития посттравматического стрессового расстройства в процессе лечения и в реабилитационном периоде;
- коррекция неадаптивных типов отношения к болезни и формирование адаптивного реагирования на заболевание;
- повышение активности пациента в лечебном и реабилитационном процессе (повышение уровня вовлечённости, переориентация пациента на

активное участие в лечебном процессе, понимание роли собственной активности в процессе лечения и восстановления);

- развитие представлений о возможностях собственного контроля и влияния на ситуацию и качество жизни в условиях заболевания и обширного хирургического лечения;
- формирование представлений о возможностях самостоятельного функционирования, в том числе, возможностей самообслуживания;
- повышение уровня комплаентности к лечению;
- осознание и переработка пациентом собственных переживаний;
- развитие способности дифференцировать болевые ощущения, с одной стороны, и, с другой – эмоциональные состояния и общий эмоциональный фон, которые могут существенно усилить субъективную составляющую боли;
- коррекция нарушенной схемы тела, явлений деперсонализации после ампутации, повышение мотивации ношения протеза.
- формирование адаптивных копинг-стратегий (поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы, положительная переоценка); способствующих адекватной адаптации в ситуации заболевания и активной позиции в процессе лечения и восстановления;
- актуализация и развитие экзистенциальных смыслов (осознание пациентом ситуации онкологического заболевания и его смысла в контексте своей индивидуальной истории, новых жизненных целей, перспектив и ресурсов).

Представленные задачи реализуются на разных этапах оказания психологической помощи.

### **1 этап.** Вводная беседа с пациентом

Вводной беседе с пациентом предшествует обсуждение с врачом его представлений о пациенте и целях психологической диагностики и консультирования. По согласованию с врачом к обсуждению направленности психологического консультирования могут быть привлечены и родственники пациента. Вводная беседа направлена на знакомство с пациентом, выявление жалоб психологического характера, информирование пациента о целях исследования, установление контакта, сбор психологического анамнеза, выявления его потребностей в рамках консультирования. В соответствии с этическими принципами в ходе вводной беседы необходимо предоставить пациенту необходимую информацию о психодиагностическом исследовании и получить от него информированное согласие.

### **2 этап.** Психодиагностическое исследование

Психодиагностическое исследование осуществляется либо при поступлении пациента в стационар, либо в начале психологического сопровождения.

ния (если взаимодействие психолога с пациентом начинается через какое-то время после поступления пациента в клинику). Основные задачи психодиагностического исследования формулируются индивидуально для каждого пациента с учётом необходимости изучения качества жизни пациента, потребностей клиники и направленности дальнейшего психологического консультирования. Все данные, полученные в результате психодиагностического исследования, должны в дальнейшем рассматриваться в единой адаптационной (биопсихосоциальной) парадигме психического здоровья, что обуславливает многомерность психологической диагностики. Полученные результаты должны соотноситься с клинической ситуацией, эмоциональным состоянием пациента, особенностями личности, а также жизненными целями, ценностями и потребностями. Однако при этом нужно иметь в виду, что особенностью психодиагностики в онкоортопедической клинике является необходимость выбора оптимального объёма методического комплекса в связи с выраженной астенизацией пациентов.

### **3 этап. Психологическое консультирование**

Психологическое консультирование проводится в соответствии с задачами, сформулированными психологом совместно с пациентом, врачом и родственниками на основании вводной беседы и результатов психодиагностического исследования. Объём и глубина психологического вмешательства определяется конкретным случаем и этапом лечения. Основным методом психологического консультирования в данном случае является беседа, которая может быть при необходимости дополнена тренировочными заданиями. Психологическое консультирование может осуществляться в индивидуальной, групповой и семейной формах. Эффективность проведения психотерапевтических групп в стационаре доказана многолетней зарубежной и отечественной практикой (Ялом И. 2011). Опыт проведения психотерапевтических групп непосредственно для пациентов с онкологической патологией также оказался положительным и показал действенность метода групповой психотерапии в ситуации угрожающего жизни заболевания (Ялом И. 2010). Такие механизмы лечебного действия, как групповая сплочённость, сообщение информации, универсальность страданий, внушение надежды, межличностное научение, присущие групповым формам консультирования, безусловно, могут играть чрезвычайно важную роль при работе с пациентами онкоортопедической клиники.

### **4 этап. Психодиагностическое исследование по завершению консультирования**

Информация, полученная в ходе психологического исследования по окончании консультирования, позволяет оценить достигнутые изменения, а также сформулировать психологические рекомендации для реабилитационного периода.

## Психологическое консультирование родственников пациентов онкоортопедической клиники

Психологическое консультирование может оказаться необходимым для родственников и близких пациента, которые нуждаются не только в информировании и поддержке, но и изменении собственных отношений, установок и стереотипов поведения в отношении заболевшего члена семьи. Психологическое консультирование родственников может проводиться индивидуально, в групповой форме (группа, состоящая из родственников пациентов) или в форме семейного консультирования (пациент и члены его семьи). Выбор предпочтительной формы психологического консультирования или их сочетания должен определяться клиническими, психологическими и социально-психологическими характеристиками.

Одним из эффективных методов работы с родственниками пациентов в онкоортопедической клинике является метод фокусных групп. Значительный объём операции и длительный период восстановления требуют от родственников пациентов активного участия, в связи с чем возможность обсудить беспокоящие вопросы в формате фокусной группы для родственников пациентов с опухолевым поражением костей представляется важной и полезной.

Фокус-группы определяются исследователями как групповые обсуждения, организованные для изучения определённого набора вопросов. Группа является фокусной, так как она сфокусирована на определённой коллективной деятельности. При этом отмечается, что важно, чтобы фокус-группы отличались от более широкой категории групповых интервью за счёт явного использования группового взаимодействия (Kitzinger J.1994). Метод предполагает чётко заданную процедуру организации, проведения, анализа и публикации материалов исследования (Stalmeijer RE. 2014).

Целью проведения фокусных групп является изучение представлений о лечении родственников пациентов с опухолевым поражением позвоночника и костей скелета с помощью метода фокусных групп.

Задачи проведения фокусных групп родственников пациентов с опухолевым поражением позвоночника и костей скелета состояли в следующем:

1. Выявление потребностей родственников пациентов в получении информации о заболевании близкого, функциональных ограничениях, возможной физической активности;

2. Изучение представлений родственников пациентов с опухолевым поражением позвоночника и костей скелета о приверженности лечению своих близких;

3. Изучение представлений родственников пациентов о потребностях своих близких в получении психологической помощи от психолога, лечащего врача, среднего медицинского персонала;

4. Изучение представлений родственников пациентов о степени удовлетворённости больных протеканием лечебного процесса, контактом с врачом.

## **Материалы и методы**

В фокусную группу вошли 8 родственников пациентов с опухолевым поражением позвоночника и костей скелета, находящихся на стационарном лечении в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. Группу составили 5 женщин и 3 мужчин. Возраст участников 45-54 года. В фокусной группе приняли участие супруги пациентов, а также дочь одной пациентки.

Процедура проведения фокусной группы и обработка результатов методом контент-анализа соответствует разработанной методологии выявления установок, представлений и знаний в определённой области (Балашова Т.Н. с соавт., 2012; Bernard R., 2005) и Руководству по проведению фокусных групп в медицинских исследованиях «AMEE Guide No. 91» (Stalmeijer RE. 2014).

## **Результаты**

Качественно-количественный анализ содержания стенограммы проведённой фокус-группы (контент-анализ) показал, что родственники пациентов с опухолевым поражением позвоночника и костей скелета сообщают о своей удовлетворённости процессом лечения и значительным количеством трудностей во время прохождения обследования их близкими.

Помощь в стационарном звене лечебного процесса представляется родственникам пациентов хорошо организованной и вполне удовлетворительной, в то время как процесс обследования перед госпитализацией и сбор необходимой медицинской документации в восприятии 86% родственников пациентов стали серьёзным испытанием. Родственники пациентов сообщают о недостатке информации на поликлиническом этапе (80% опрошенных), недостатках организации процесса обследования и прохождения лабораторных исследований (75%), также большинство родственников пациентов не удовлетворены контактом с врачом на поликлиническом этапе (72%).

Недостаток информации о заболевании и предстоящем лечении близких на этапе прохождения обследования родственники пациентов обозначают как наиболее серьёзную проблему в рамках лечебного процесса. Большинство участников фокус-группы сообщают также о собственных эмоциональных трудностях и о тяжёлых переживаниях своих близких в связи с постановкой диагноза и ситуацией неопределённости на поликлиническом этапе. В этот период, следующий за постановкой диагноза и предвещающий начало лечения, пациенты с опухолевым поражением позвоночника и костей скелета и их родственники в наибольшей степени нуждаются в получении информации о заболевании и предстоящем лечении, в то время как организация медицинской помощи в поликлиническом звене не в полной мере удовлетворяет эти потребности.

Родственники пациентов с опухолевым поражением позвоночника и костей скелета говорят об ощущении беспомощности в связи с невозможностью помочь своим близким в этот период. Также участники фокус-группы сообщают о высоком уровне тревоги в это время.

На стационарном этапе лечения ситуация кардинально меняется: родственники пациентов сообщают об устойчивом контакте с лечащим врачом и возможности получить у него ответы на все волнующие их и близких вопросы, в связи с чем, по наблюдению родственников, у пациентов снижается тревога и стабилизируется эмоциональное состояние. Родственники пациентов с опухолевым поражением позвоночника и костей скелета также сообщают об улучшении собственного эмоционального состояния в период стационарного лечения.

Помимо этого, участники фокусной группы выделяют как важный фактор эмоциональную составляющую контакта с лечащим врачом. Родственники пациентов с опухолевым поражением позвоночника и костей скелета определяют вовлечённость врача в процесс лечения, равнодушие, интерес к пациенту и его состоянию как факторы, значительно влияющие на ощущение благополучия пациентами и их близкими и формирование ими субъективного благоприятного прогноза заболевания.

Недостаток информации о заболевании и предстоящем лечении и отсутствие личного контакта с врачом являются факторами, вызывающими фрустрацию у пациентов с опухолевым поражением позвоночника и костей скелета и их родственников.

Восприятие пациентами лечащего врача как заинтересованного и вовлечённого в процесс лечения, выстраивающего личный контакт с пациентом, является фактором, влияющим на эмоциональное состояние пациента: снижение тревоги, позитивные установки в отношении лечения и течения заболевания, а также влияющим на формирование приверженности лечению.

Таким образом, одной из важных задач организации лечебного процесса является ответ на информационные потребности онкологических пациентов и их родственников. Также важна возможность пациентов и их родственников получать помощь медицинского психолога в процессе обследования и лечения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках междисциплинарного научного сотрудничества психологов и врачей была разработана и реализована методология изучения различных аспектов качества жизни пациентов онкоортопедической клиники, одним из важнейших принципов которой является принцип комплексности.

Задачи проведённого психологического исследования включали изучение основных параметров качества жизни (в том числе, субъективную удовлетворённость физическим, психическим и социальным функционированием в условиях болезни) и их динамики в процессе высокотехнологичного хирургического лечения с помощью методов, разработанных Группой Оценки качества жизни при Европейской Организации Лечения и Исследования Рака (EORTC Study Group on Quality of Life). При этом коллективом авторов была разработана и валидизирована в соответствии требованиями психометрии и принятыми в международном сообществе правилами адаптации зарубежных психодиагностических методов русскоязычная версия специализированного модуля для оценки качества жизни при опухолях костей (Усманова Е.Б. с соавт., 2019). В соответствии с программой исследования были изучены индивидуально-психологические характеристики и социально-психологические условия жизни пациентов онкоортопедической клиники: особенности эмоционального состояния, личности, мотивационно-смысловой сферы, системы значимых отношений, включая зоны максимальной социальной фрустрированности, а также психологические механизмы адаптации личности к болезни («внутренняя картина болезни», копланс, стратегии и личностные ресурсы стресс-преодолевающего поведения). Получены данные о нозоспецифических особенностях качества жизни и психосоциальных характеристиках пациентов четырёх групп с первичным и метастатическим поражением длинных костей конечностей, а также взаимосвязи между основными характеристиками качества жизни и психологическими характеристиками пациентов, составивших эти группы: группа больных с остеосаркомой, с гигантоклеточной опухолью, с хондросаркомой и группа пациентов с вторичным опухолевым поражением костей (метастазами в кости при светлоклеточном раке почки).

Результаты проведённого исследования показали значительное влияние на КЖ пациентов с опухолевым поражением костей таких психологических факторов, как отношение к болезни, способы совладающего поведения, личностные особенности и особенности ценностно-мотивационной сферы. Так, пациенты, реагирующие на болезнь по гармоничному типу, характеризуются более высоким КЖ по ряду параметров по сравнению с пациентами, имеющими неадаптивные типы отношения к болезни. Реагирование на болезнь по тревожному, ипохондрическому, неврастеническому, меланхолическому, сенситивному, эгоцентрическому и паранойяльному типам также значительно влияет на КЖ пациентов: снижаются показатели по

параметрам общего состояния здоровья, физической и ролевой активности, усиливается интенсивность болевых ощущений и их распространённость, более выражены усталость, нарушения сна, ухудшается эмоциональное состояние больных. Выявлено, что наличие неадаптивных типов отношения к болезни взаимосвязано со склонностью пациентов вести себя по типу «раздражительной слабости», использовать невротические механизмы «ухода в болезнь» и «условной выгоды» болезни для разрешения жизненных трудностей, а также использовать механизм «экстрапроекции вины», приписывая возможные осложнения халатности или некомпетентности врачей и медицинского персонала. В тоже время реагирование на болезнь по эргопатическому типу в группе пациентов с опухолевым поражением костей является адаптивным, позволяющим сохранить физическую, ролевую и социальную активность пациентов и лишь незначительно ухудшая эмоциональное состояние. Полученные результаты свидетельствуют о том, что такая психологическая характеристика, как неадаптивный тип отношения к болезни, оказывает значительное влияние на качество жизни пациента и нуждается в психологической коррекции.

Результаты исследований, проведённых нами в онкоортопедической клинике, свидетельствуют о влиянии механизмов совладания на КЖ пациентов. Выявлено, что качество жизни больных с метастатическим поражением костей при значимо худшем объективном соматическом статусе, по параметру эмоционального состояния выше соответствующего параметра у больных первичным опухолевым поражением костей. Анализ особенностей совладающего поведения в этих двух группах показал, что в группе пациентов с метастатическим поражением костей преобладают адаптивные копинг-стратегии (поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы, положительные переоценки), позитивно влияющие на качество жизни пациентов и их взаимодействие с лечащим врачом. В ситуации онкоортопедического заболевания стратегия поиска социальной поддержки в сочетании со стратегией принятия ответственности является адаптивной: пациенты активно привлекают внешние ресурсы для решения проблемной ситуации, при этом не занимая зависимую позицию. Стратегия планирования решения проблемы помогает пациентам видеть свою активную роль в отношениях врач-пациент, приближая их к партнёрским в противоположность менторским, а также брать на себя ответственность за участие в лечебном процессе, что также повышает приверженность лечению. Положительная переоценка ситуации тяжёлой болезни связана с более глубоким осмыслением ситуации онкологического заболевания, включением его в более широкий контекст личной истории. Предпочтение этой стратегии открывает пациентам возможность личностного роста в процессе преодоления заболевания. Таким образом, формирование адаптивных копинг-стратегий также может быть одной из важнейших задач психологического вмешательства, поскольку будет способствовать развитию психологических ресурсов, не-

обходимых для адаптации к ситуации заболевания и активной позиции в процессе лечения и восстановления.

Результаты исследования пациентов четырёх нозологических форм опухолевого поражения костей показали, что личностные «профили» пациентов, интегрирующие представленные в научной литературе основные параметры психологической адаптации к болезни, в значительной степени определяют качество жизни, связанное со здоровьем. Такие психологические характеристики, как наличие целей в будущем, переживание эмоциональной насыщенности жизни, удовлетворённость самореализацией, представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями, убежденность в том, что человек способен контролировать свою жизнь (интернальный локус контроля), высокий уровень осознанности, готовность к сотрудничеству и самосовершенствованию, получению нового опыта, соответствуют более высоким показателям КЖ. Важно подчеркнуть, что осознание ситуации онкологического заболевания неотделимо от поиска смысла происходящего в контексте индивидуальной истории человека, его жизненного пути. Для преодоления трудной ситуации человеку необходимо понимать, зачем нужно это преодоление.

Отдельную задачу исследования составило выявление роли качества жизни в прогнозе выживаемости пациентов с онкологическим поражением костей. С использованием информационных баз данных были получены сведения о трёхлетней выживаемости пациентов онкоортопедической клиники, и эти данные по специальной технологии (метод Каплана-Майера) были соотнесены с результатами изучения качества жизни в период пребывания больных в онкостационаре (то есть 3 года назад). Полученные результаты ясно свидетельствуют о том, что активная эмоциональная жизнь и отсутствие конверсионной симптоматики (трансформации негативных эмоциональных переживаний и внутриличностных конфликтов в соматические жалобы) являются факторами благоприятного прогноза выживаемости при онкологическом поражении костей.

Предложенная методология изучения КЖ и его связи с психосоциальными характеристиками была реализована также в клинике опухолевого поражения позвоночника. В периоперационном периоде с помощью релевантных международных методов были изучены основные параметры качества жизни, связанного а) с общим состоянием здоровья, б) с онкологической патологией и конкретно – в) с опухолью позвоночника. Получены данные о положительной динамике подавляющего числа характеристик качества жизни в послеоперационном периоде по сравнению с периодом до операции. Исключение составляет показатель КЖ, связанного с состоянием неврологических функций, что ожидаемо, так как само хирургическое вмешательство на позвоночнике является причиной нарушения этих функций в ранний послеоперационный период.

Изучение взаимосвязи показателей качества жизни в послеоперационном периоде и устойчивых психологических особенностей больных с опухолями позвоночника, как и в случае с больными с опухолями длинных костей конечностей, показало прямое соответствие между уровнем качества жизни в отдельных сферах функционирования личности и степенью её ответственности, активности, интернальности.

Таким образом, можно заключить, что концепция качества жизни в онкоортопедии, отражая субъективное ощущение благополучия человека и удовлетворённость процессом собственной жизни, является важнейшим критерием эффективности лечения и реабилитации, а также, в частности, определяет направления психологического консультирования в клинике опухолевого поражения костей.

Обобщение полученных в серии исследований данных об основных параметрах качества жизни и определяющих их клинических, социальных, психологических факторах пациентов онкоортопедической клиники, входящих в различные нозологические группы, а также данных о потребностях и ожиданиях в отношении лечения пациентов и их родственников, позволило разработать программу психологического консультирования пациентов, направленную на гармонизацию эмоционального состояния, оптимизацию субъективной составляющей качества жизни и максимальную интеграцию пациентов в социум, несмотря на значительные функциональные ограничения, связанные с болезненным процессом и лечением.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000. – 495.
2. Алиев М.Д., Сушенцов Е.А. Современная онкоортопедия // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. – 2012. – № 4. – С. 3–10.
3. Балашова Т.Н., Боннэр Б.Л., Исурина Г.Л., Печенежская М.С., Регентова А.Ю., Цветкова Л.А. Опыт использования фокусных групп в процессе разработки программы профилактики фетального алкогольного синдрома // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 1. – 2012. – №3. – С. 26–36.
4. Беликов Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 1993. – №2. – С. 85–91.
5. Беребин М.А., Вассерман Л.И. Системный подход и теория функциональных систем в изучении психической адаптации как медико-психологической проблемы. Медицинская психология в практическом здравоохранении. – СПб.: Издат. дом СПбМАПО, 2003. – С. 29–34.
6. Березкин Д.П., Зырянова Н.Г. О перспективах психосоматических исследований в онкологии // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – 1976. – С.16–18.
7. Бурковский Г.В., Кабанов М.М., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Методология и проблемы создания и использования измерительных инструментов качества жизни психических больных // Качество жизни в психоневрологии. Тез. докл. международной конференции. – СПб., 2000. – С. 31–32.
8. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск.: КГМУ, 2011. – 572 с.
9. Вассерман Л. И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение. – СПб.: Изд. Центр «Академия», 2003. – 736 с.
10. 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.
11. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Иовлев Б.В. Психологическая диагностика уровня социальной фрустрированности // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – С. 187–213.
12. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.
13. Вассерман Л.И. Трифонова Е.А. Методология исследования связанного со здоровьем качества жизни // Психологическая диагностика рас-

стройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / Науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова СПб.: Скифия-принт, 2014. С.

14. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Концепции реабилитации и качества жизни: преимущество и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – С. 103–115.

15. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. – 2008. – №27. – С. 103–109.

16. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.

17. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.

18. 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.

19. 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.

20. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Качество жизни онкологических больных // Вопросы онкологии. – М., 1998. – С. 749–752.

21. Калшед Д. Внутренний мир травмы. М.: Когито-Центр, 2015. 398 с.

22. 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.

23. Касимова Л.Н., Илюхина Т.В. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – №3. – С. 71–74.

24. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология и психотерапия. – СПб.: Питер, 3-е издание. 2012–375 с.

25. Коцюбинский А.П., Зайцев В.В. Влияние различных биопсихосоциальных параметров на качество жизни больных шизофренией // Качество жизни в психоневрологии / Тез. докл. международной конференции. – СПб., 2000. – С. 67–70.

26. Кулага А.В., Мусаев Э.Р., Жукова Л.Г. Локальное лечение пациентов с метастатическим поражением позвоночника при раке легкого // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. – 2019. – №1. – С. 5–15.

27. Кулага А.В. Тактика локального лечения метастатического поражения позвоночника у больных с неблагоприятным онкологическим прогнозом: диссертация 14.01.12. – М.: 2019. – 286 с.

28. Куликов Л.В. Диагностика доминирующего настроения. Занятие 11 // Практикум по психологии здоровья / Ред. Г.С. Никифоров. СПб.: Питер, 2005. С.44–60.
29. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
30. Ломов Б. Ф. Системность в психологии. 2003. – 424 с.
31. Михайличенко Т.Г. Щелкова О.Ю. Методология изучения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа ... ЮУрГУ, Сер. «Психология». 2017. Т.10, №1. С. 121–138.
32. Ненарокомов А.Ю., Сперанский Д.Л., Аревшатов Э.В., Мудрый А.Ю. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2 (часть 2). – С. 421–425.
33. 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.
34. Онкопсихология / Н.В. Тарабрина, О.А. Ворона, М.С. Курчакова [и др.]. – М.: Институт психологии РАН, 2010. – 176 с.
35. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования: пер. с англ. – М.: Аспект-Пресс, 2001. – 607 с.
36. Петрова Н.Н. Качество жизни с позиции биопсихосоциального подхода // Качество жизни в психоневрологии / Тез. докл. международной конференции. – СПб., 2000. – С. 95–96.
37. Семиглазова Т.Ю. и др. Качество жизни – важнейший критерий эффективности лечения и реабилитации онкологических больных. Онкопсихология. Руководство / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. Глава 1. 2017; 10–32.
38. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина. – М.: МЕД-пресс-информ, 2006 г. – 564с.
39. Сирота Н.А. Совладание с онкологическими заболеваниями (на модели исследования копинг-поведения больных раком яичников) / Труды конференции «Клиническая психология в здравоохранении и образовании» – М., 2011. – С. 247–251.
40. Смулевич А.Б., Андриющенко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «СИНТЕЗ») // Психические расстройства в общей медицине. – М., 2007. – №3. – С. 4–11.
41. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., и др. Онкопсихология. М.: Институт психологии РАН, 2010. 176 с.
42. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
43. Усманова Е.Б. Сравнительный анализ качества жизни и отношения к болезни у пациентов с лимфомой Ходжкина и остеосаркомой // Вестник ЮУрГУ, Серия «Психология». 2013. Т. 6, №2. С. 116–120.

44. Усманова Е.Б. Психологическая адаптация к болезни пациентов со злокачественными новообразованиями костей // Вестник психотерапии. 2014. №52. С. 51–58.

45. Усманова Е.Б., Сушенцов Е.А., Щелкова О.Ю. Качество жизни пациентов с опухолями костей // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2015. №1. С. 55–61.

46. Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю., Исурина Г.Л., Сушенцов Е.А., Валиев А.К., Софронов Д.И. Опросник качества жизни для пациентов с онкоортопедической патологией // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 2 (104). С. 147–166. doi: 10.17759/ crr. 2019270210

47. Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю., Исурина Г.Л., Сушенцов Е.А., Валиев А.К., Софронов Д.И. Опросник качества жизни для пациентов с онкоортопедической патологией // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 2 (104). С. 147–166. doi: 10.17759/ crr. 2019270210

48. Щелкова О.Ю. Системный подход в медицинской психологии // Психодиагностика и психокоррекция / Под ред. А.А. Александрова. – Глава 3. – СПб.: Питер, 2008. – с. 84–114.

49. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Исурина Г.Л., Валиев А.К., Сушенцов Е.А. Методология и опыт изучения психосоциальных аспектов хирургического лечения больных с опухолями костей опорно-двигательного аппарата // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2019. Т. 9. Вып. 3. С. 254–267.

50. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине (системное исследование): Автореф. дисс. докт. психол. наук. – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2009. – 49 с.

51. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Влияние отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // Вопросы онкологии. – 2017а. – Том 63. – №1. – С. 115–121.

52. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Качество жизни и отношение к болезни при разных формах опухолевого поражения костей // Петербургский психологический журнал. – 2017б. – № 19. – С. 1–38.

53. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Качество жизни и психологические характеристики больных с опухолевым поражением костей // Вестник Санкт-Петербургского университета, Серия 12. – 2015а. – Вып. 3. – С. 64–76.

54. Щелкова О.Ю., Валиев А.К., Сушенцов Е.А., Усманова Е.Б. Качество жизни пациентов с метастатическим поражением позвоночника в процессе хирургического лечения // Сетевое научно-практическое издание «Антология Российской психотерапии и психологии». Выпуск 7. Международный конгресс «Психотерапия, психология, психиатрия – на страже душевного здоровья!» Санкт-Петербург, 22–24 марта 2019.: СПб., 2019. С. 178.

55. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия. – М.: Эксмо, 2011. 480 с.

56. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика. – М.: Апрель Пресс, Психотерапия, 2010. 576 с.
57. Яничев Д.П., Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и невротоподобной симптоматикой : диссертация 19.00.04. – Санкт-Петербург, 2006. – 181 с.
58. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology // *Journal of National Cancer Institute*. – 1993. – V. 85. – P. 365–375.
59. Andreoli F, Balloni F, Bigiotti A, et al. Anorectal continence and bladder function. Effects of major sacral resection. *Dis Colon Rectum* 1986;10:647–52.
60. Aksnes L.H, Bauer H.C, Jebesen 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. V. 90 (6). P. 786–794.
61. Barzilai O., McLaughlin L., Amato M.K. Predictors of quality of life improvement after surgery for metastatic tumors of the spine: prospective cohort study // *Spine J*. 2018. V.18 (7). P. 1109–1115.
62. Bech P. Measuring the dimension of Psychological General Well-Being by the WHO-5 // *Quality of Life Newsletter*. 2004, Vol. 32, p. 15–16.
63. Bekkering W.P., Vlieland T.P., Koopman H.M. Quality of life in young patients after bone tumor surgery around the knee joint and comparison with healthy controls // *Pediatric Blood Cancer*. 2010. V. 54 (5). P. 738–745.
64. Bernard R. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Oxford: Altamira Press, 2005. 824 p.
65. Benedict C., Penedo F.J. Psychological interventions in cancer / *Psychological aspects of cancer*. - Springer science, 2013. – P. 221–248.
66. Bowling A. *Measuring Disease. A Review of Disease-specific Quality of Life Measurement Scales* // Buckingham: Open University Press. – 2001. – V. 12. – P. 1147–1148.
67. Breslau E.S., Curbow B.A., Zabore J.R., Britzenhofzoc K. *Psychological Distress in Post-Surgical Women with Breast Cancer*. – Baltimore: John Hopkins School of Medicine&Oncology Center, 2001.
68. Cassilieth B.R., Luck E.J., Miller D.S., Brown L.L., Miller S. Psychological correlates of survival in advanced malignant disease // *National Engl. Journal of Medicine*. – 1985. – V. 312. – P. 1551–1555.
69. Cella D.F., Fairclough D., Bonomi P. et al. Quality of life in advance non-small cell lung cancer: results from Eastern Cooperative Oncology Group Study 5592. *Proc. ASCO*. 1997; 100–110.
70. Chida Y., Hamer M., Wardle J., Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? // *National Clinical Practice of Oncology*. – 2008. – V.5. – P. 466–475.
71. Coates A.S., Gebiski V., Signorini D. et al. For the Australian New Zealand Breast Cancer Trials Group. Prognostic value of quality of life scores

during chemotherapy for advanced breast cancer. *J. Clin. Oncol.* 1992; 10: 1833–1838.

72. Colman M.W., Karim SM., Lozano-Calderon SA. Quality of life after en bloc resection of tumors in the mobile spine // *Spine J.* 2015. V. 15(8). P. 1728–1737.

73. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // *Journal of American Medicine Association.* - 1983. – V. 249. – P. 280–289.

74. 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 Journal of Cancer.* – 2010. – V.47. – P. 142–147.

75. Dunkel-Schetter C., Feinstein L.G., Taylor S.E., Falke R.L. Patterns of coping with cancer / *Health Psychology.* – 1992. – V.11 (2). – P. 79–87.

76. Eiser C., Grimer R. J. Quality of life in survivors of a primary bone tumor: a systematic review // *Sarcoma.* – 1999. – V. 4. – P. 183–190.

77. Fayers P., Aaronson N., Bjordal K., Sullivan M. QLQ C-30 Scoring Manual / EORTC Study Group on Quality of Life. – Brussels, 1995. – 50 p.

78. Felton B.J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A. Coping and adjustment in chronically ill adults / *Social Science and Medicine.* – 1984. – V. 18. – P. 889–898.

79. Folkman S. Stress, coping, and hope / *Psychological aspects of cancer.* – Springer science, 2010. – P. 119–127.

80. Friedman S.H. A problem-solving conceptualization of coping: Theory, research, and relevance to cancer / *University of the Health Sciences.* – Philadelphia. – 1998. – P. 26–68.

81. Furtado S., Grimer RJ. Physical functioning, pain and quality of life after amputation for musculoskeletal tumours: a national survey // *Bone Joint Journal.* – 2015. – V. 97 (9). – P. 1284–1290.

82. Fujimura Y, Maruiwa H, Takahata T, et al. Neurological evaluation after radical resection of sacral neoplasms. *Paraplegia* 1994;6:396–406.

83. Fourny DR, Rhines LD, Hentschel SJ, et al. En bloc resection of primary sacral tumors: classification of surgical approaches and outcome. *J Neurosurg Spine* 2005;2:111–22.

84. Guo Y, Palmer JL, Shen L, et al. Bowel and bladder continence, wound healing, and functional outcomes in patients who underwent sacrectomy. *J Neurosurg Spine* 2005;2:106–10.

85. Guo W, Ji T, Tang X, et al. Outcome of conservative surgery for giant cell tumor of the sacrum. *Spine* 2009;10:1025–31.

86. Gunterberg B, Norlen L, Stener B, et al. Neurourologic evaluation after resection of the sacrum. *Invest Urol* 1975;3:183–8.

87. Gunterberg B, Kewenter J, Petersen I, et al. Anorectal function after major resections of the sacrum with bilateral or unilateral sacrifice of sacral nerves. *Br J Surg* 1976A;7:546–54.

88. Gunterberg B, Petersen I. Sexual function after major resections of the sacrum with bilateral or unilateral sacrifice of sacral nerves. *Fertil Steril* 1976B;10:1146–53.
89. Hamilton A. Intelligence and fertility. London, 1999. – 345 p.
90. Huang L., Guo W., Yang R. Proposed Scoring System for Evaluating Neurologic Deficit after Sacral Resection. *SPINE* Volume 41, Number 7, pp 628–637.
91. Hulen CA, Temple HT, Fox WP, et al. Oncologic and functional outcome following sacrectomy for sacral chordoma. *J Bone Joint Surg Am* 2006;7:1532–9.
92. Hsieh PC, Xu R, Sciubba DM, et al. Long-term clinical outcomes following en bloc resections for sacral chordomas and chondrosarcomas: a series of twenty consecutive patients. *Spine* 2009; 20:2233–9.
93. Hulen CA, Temple HT, Fox WP, et al. Oncologic and functional outcome following sacrectomy for sacral chordoma. *J Bone Joint Surg Am* 2006;7:1532–9.
94. Hsieh PC, Xu R, Sciubba DM, et al. Long-term clinical outcomes following en bloc resections for sacral chordomas and chondrosarcomas: a series of twenty consecutive patients. *Spine* 2009; 20:2233–9.
95. Janssen S.J., Teunis T., van Dijk E. Validation of the Spine Oncology Study Group-Outcomes Questionnaire to assess quality of life in patients with metastatic spine disease. *Spine J*, 2017. V. 17 (6), pp. 768–776. doi: 10.1016
96. Johansen R., Nielsen OS, Keller J. Functional outcome in sarcomas treated with limb-salvage surgery or amputation // *Sarcoma*. – 1998. – V.2(1). – P. 19–23.
97. Janssen S.J., Pereira N. et al. Physical function and pain intensity in patients with metastatic bone disease. *Journal of Surgical Oncology*. 2019.
98. Karnofsky DA and Burchenal JH. ... Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press, 1949, pp.191–205.
99. Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. – Routledge, 1969.
100. Kitzinger J. 1994. The methodology of Focus Groups: The importance of interaction between research participants // *Soc Health Illn*. № 16(1). P.103–121.
101. Klaff R., Berglund A., Varenhorst E. Clinical characteristics and quality-of-life in patients surviving a decade of prostate cancer with bone metastases // *British Journal of United Institute*. – 2015. –V.1
102. Koller M., Lorenz W. Quality of life: a deconstruction for clinicians // *J R Soc Med*. – 2002. – V. 95. – P. 481 – 488.
103. Lillberg K.,Verkasalo PK.,Kaprio J., Teppo L., Helenius H., Koshenvuo M. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study // *American Journal of Epidemiology*. – 2003. V. 157. – P. 415–419.
104. 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. V.14. P. 203–210.
105. Merinsky O., Kollender Y., Inbar M. et al. Palliative major amputation and quality of life in cancer patients // *Acta Oncology*. – 1997. – Vol.36(2). – P. 151–157.

106. Morishige M., Muramatsu K., Tominaga Y. Surgical treatment of metastatic femoral fractures: achieving an improved quality of life for cancer patients // *Anticancer Resource*. – 2015. – V.35(1). P. 427–432.
107. Nakai S, Yoshizawa H, Kobayashi S, et al. Anorectal and bladder function after sacrifice of the sacral nerves. *Spine* 2000;17: 2234–9.
108. Osoba D. Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology // *Journal of Clinical Oncology*. – 1994. – Vol. 12. – P. 608–616.
109. Palesh O, Butler LD., Koopman C. Stress history and breast cancer recurrence // *Journal of Psychosom Resource*. – 2007. – V. 63. – P. 233–239.
110. 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. V.15 (5). P. 492–499.
111. Passik S.D., Grummon K.L. Posttraumatic Stress Disorder // *Psycho-oncology* / Ed. by J.C. Holland. - N.Y.: Oxford University Press, 1998. – P. 595–607.
112. Penninx B., Guralnik JM., Havlik RJ. et al. Chronically depressed mood and cancer risk in older persons // *Journal of National Cancer Institute*. – 1998. – V. 90. P. 1888–1993.
113. Perisano C., Scaramuzzo L., De Santis V. Quality of life following surgical treatment of lower limb metastases in long bone // *J Biol Regul Homeost Agents*. – 2015. – V.29(2). – P. 501–507.
114. Porcelli P., Sonino N. Psychological factors affecting medical conditions: a new classification for DSM-V. – Basel: Karger Publishers, 2007.
115. Puri A, Agarwal MG, Shah M, et al. Decision making in primary sacral tumors. *Spine J* 2009;5:396–403.
116. Reichardt P., Leahy M., Garcia Del Muro X. Quality of Life and Utility in Patients with Metastatic Soft Tissue and Bone Sarcoma: The Sarcoma Treatment and Burden of Illness in North America and Europe (SABINE) Study // *Sarcoma*. – 2012.
117. 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. V. 54 (7). P. 990–999.
118. Ross K. Mapping pathways from stress to cancer progression // *Journal of National Cancer Institute*. – 2008. – V.100. – P. 914–920.
119. Rowland J.H., Massie M.J. Breast cancer // *Psycho-oncology* / Ed. By J.C. Holland. N.Y.. – Oxford: Oxford University Press, 1998. – P. 380–402.
120. Satin JR., Linden W., Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients // *Cancer*. – 2009. V. 115:. – P. 5349–5361.
121. Schwab J. H., Janssen S. J., Paulino Pereira N.R. Quality of life after resection of a chordoma of the mobile spine // *Bone Joint J*. 2017. V.99-B. P. 979–986.
122. Shchelkova O.Y., Usmanova E.B. Quality of life and relation to disease in patients with bone sarcoma // *Psychology in Russia: State of the Art*. 2015. V. 8. № 1.

123. Shekele R. B. Psychological depression and 17-year risk and death from cancer/ R. B. Shekele, W. J. Raynor, A. M. Ostefeld et al. // *Psychosom. Med.* – 1981. – V. 43(1). – P. 117–125.
124. Somers M.F. *Spinal Cord Injury Functional Rehabilitation*. East Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1992.
125. Spiegel D., Diamond S. Psychological interventions in cancer / Psychological interventions for cancer. – Washington, 2001. – P. 215–233.
126. Stalmeijer RE., Mcnaughton N, Van Mook WN. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91 // *Med Teach*. 2014. № 36(11). P. 923–39.
127. Thune-Boyle Ingela C.V. Religiosity and Spirituality in coping with cancer / Psychological aspects of cancer. - Springer science, 2013. – P. 129–150.
128. Tineke V. Denial and Quality of Life in Lung Cancer Patients. – Amsterdam, 2009. – P. 10–18.
129. Todd LT Jr, Yaszemski MJ, Currier BL, et al. Bowel and bladder function after major sacral resection. *Clin Orthop Relat Res* 2002;397:36–9.
130. Van Riel CA, Meijer-van den Bergh EE, Kemps HL, Feuth T., Schreuder HW, Hoogerbrugge PM, De Groot IJ, Mavinkurve-Groothuis AM. Self-perception and quality of life in adolescents during treatment for a primary malignant bone tumour // *Eur J Oncol Nurs*. – 2014. – V.18(3). – P. 267–272.
131. Vliet Q., Pereira N. et al. What Factors are Associated With Quality Of Life, Pain Interference, Anxiety, and Depression in Patients With Metastatic Bone Disease? *Clinical Orthopaedics and Related Research*. V. 475(2). 2016.
132. Ware J.E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B.. *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. – Boston: New England Medical Center, The Health Institute. – 1993.
133. Waisman A., Worden J.W. The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days / *International Journal of Psychiatry in Medicine*. – 1977. – V. 7 (1). – P. 1–15.
134. Watson M., Haviland J., Greer S., Davidson J., Bliss J. In fluence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study // *Lancet*. – 1999. V. 354. P. 1331–1336.
135. Wulff H. The two cultures of medicine: objective facts versus subjectivity and values // *J R Soc Med*. – 1999. – V. 92. – P. 549–552.
136. Yellen S.B., Cella D.F., Bolomi A. Quality of life in people with Hodgkin's disease // *Oncology*. -1993. – Vol. 7. – P. 41–49.
137. Yonemoto T., Takahashi M., Maru M. Marriage and fertility in long-term survivors of childhood, adolescent and young adult high-grade sarcoma // *Journal of Clinical Oncology*. 2016. 21(4) P. 801–807.
138. Zhang ZY, Fu CF, Yang YX, et al. Long-term outcomes following en bloc resection for sacral tumor: a retrospective analysis of 93 cases. *Orthopedics* 2011;8:e403–7.

Мусаев Э.Р., Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б.,  
Кулага А.В., Алиев М.Д.

# **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ**

Формат 70x100 1/16  
Гарнитура Times  
Усл.-п. л. 9,6. Уч.-изд. л. 6,5  
Тираж 300 экз.

Издатель – Российская академия наук

Публикуется в авторской редакции

Верстка и печать – УНИД РАН  
Отпечатано в экспериментальной цифровой типографии РАН

Издается по решению Научно-издательского совета  
Российской академии наук (НИСО РАН) от 01.02.2022 г.  
и распространяется бесплатно