

О.Ю. Щелкова, Е.Б. Усманова

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

Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург

Статья посвящена исследованию качества жизни и отношения к болезни 120 пациентов с опухолевым поражением костей: остеосаркомой ($n = 41$), гигантоклеточной опухолью ($n = 31$), хондросаркомой ($n = 30$) и метастатическим поражением костей ($n = 18$). Использовались психологические методики: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 с дополнительным модулем BM-22, а также методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). Выполнены кластерный, факторный, а также многофакторный дисперсионный анализ данных, который показал влияние типа отношения к болезни на качество жизни пациентов, связанное с опухолевым поражением костей и различие отдельных параметров качества жизни при разных вариантах реагирования на болезнь. Полученные данные могут быть использованы при разработке программ психологического сопровождения и психосоциальной реабилитации онкологических больных с фокусированием на проблемах, характерных для пациентов в связи с преобладающим типом отношения к болезни.

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

Введение

В течение последних десятилетий в мировой науке отмечается рост числа исследований, посвященных связанному со здоровьем качеству жизни (КЖЗ). Особенно выделяется интерес исследователей к КЖЗ и внутренней картине болезни онкологических больных в связи с объективной тяжестью заболевания, витальной угрозой, нередко сопровождающей болезненный процесс, и частотой распространения психологических проблем среди онкологических пациентов.

Концепция качества жизни (КЖ) 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 КЖ пациента является важным, а в ряде случаев основным, критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях [6]. В связи с этим актуальность приобретает изучение индивидуально-психологических характеристик больных, которые, преломляясь через субъективное переживание болезни, определяют уровень и особенности качества жизни в условиях тяжелого хронического заболевания.

Особо следует отметить, что представленные в современной науке исследования КЖ пациентов с опухолями костей направлены, в первую очередь, на исследование качества жизни детей и подростков с саркомой костей [10, 11, 18, 20]. Также значительная часть трудов посвящена сравнительному изучению качества жизни пациентов с опухолью костей после органосохранной операции и ампутации [9, 13, 15, 17]. В то же время исследований КЖ взрослых пациентов с опухолевым поражением костей, акцентирующих внимание на психологических факторах КЖ, в современной литературе не представлено.

Не менее важным показателем в процессе лечения и реабилитации онкологических больных выступает отношение к своему заболеванию, которое является значимым компонентом «внутренней картины болезни» и во многом определяет комплаентность больного, которая, в свою очередь, выступает значимым фактором эффективности лечения и выживаемости больных [3, 4, 7, 16].

В связи с этим была поставлена цель настоящего исследования: изучить влияние отношения к болезни на КЖ пациентов с опухолевым поражением костей.

Материалы и методы

Для реализации цели исследования использовались: 1) «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) [2, 19]; 2) усовершенствованный «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire

Core-30), разработанный группой оценки КЖ (Study Group on Quality of Life) при Европейской организации лечения и исследования рака (EORTC – European Organization for Research and Treatment Cancer) [8, 12]; 3) Дополнительный модуль ВМ-22, предназначенный для оценки КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей [8, 12]; 4) методика для определения типов отношения к болезни «ТОБОЛ» [2].

Всего было изучено 39 психодиагностических показателей.

Материал исследования составили данные психологического исследования 120 пациентов с опухолевым поражением костей. В группу вошли 41 пациент с остеосаркомой, 30 пациентов с хондросаркомой (С 40), 31 пациент с гигантоклеточной опухолью D 48.0 (по Международной статистической классификации болезней 10 пересмотра, МКБ-10) и 18 пациентов со вторичным опухолевым поражением костей, а именно метастазами в кости при светлоклеточном раке почки (С64 по МКБ-10) (Международная ..., 1995), находящихся на лечении в хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата НИИ клинической онкологии и в отделении вертебральной и тазовой хирургии Российского Онкологического Научного Центра им. Н.Н. Блохина.

Характеристика больных

В табл. 1 представлено распределение больных с опухолевым поражением костей по полу и возрасту.

Как видно из таблицы 1, большинство пациентов с остеосаркомой, хондросаркомой и метастатическим поражением костей – мужчины, в то время как в группе больных ГКО преобладают женщины. Разные группы пациентов характеризуются разным средним возрастом больных: больные остеосаркомой – молодые люди, средний возраст в этой группе составляет 27 лет. Пациенты с ГКО и хондросаркомой – 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.

В табл. 2 представлена характеристика больных с опухолевым поражением костей по длительности заболевания.

Как показано в табл. 2, самый большой промежуток между появлением симптомов и постановкой диагноза наблюдается 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 25,44 месяцев.

В табл. 3 представлена характеристика исследованных больных в соответствии с наличием у них осложнений.

Как видно из табл. 3, у большинства пациентов с первичным опухолевым поражением костей отмечаются не-

Таблица 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.	%
Пол: Мужчины	25	61	13	41,9	24	80	14	77,8
Женщины	16	39	18	58,1	6	20	4	22,2
Средний возраст (лет)	26,7±1,9		36,06±1,6		45,37±0,89		54,88±1,4	

Примечание: в табл. 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

Таблица 2. 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

Таблица 3. 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%)

Таблица 4. 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.

значительные осложнения (62,5% больных остеосаркомой, 90,3% пациентов с ГКО, 56,7% больных с хондросаркомой). В то же время большинство пациентов с метастатическим поражением костей страдают тяжелыми осложнениями – 88,9% больных.

В табл. 4 представлены данные оценки общего состояния пациентов с опухолевым поражением костей по шкалам Карновского и ECOG, полученные из историй болезни пациентов и отражающие объективный соматический статус больных.

Как видно из табл. 4, объективный соматический статус больных с остеосаркомой, ГКО и хондросаркомой - с первичными опухолями костей – значительно лучше соматического статуса пациентов с метастатическим поражением костей [14].

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

Результаты исследования

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 их реагирования на болезнь. Результаты кластерного анализа типа отношения к болезни представлены на рис. 1.

Как показано на рис. 1, в результате кластерного анализа было выделено 4 кластера типов отношения к болезни.

В табл. 5 представлены результаты кластерного анализа, отражающие содержание каждого кластера.

Как видно из табл. 5, 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 «Анозогностического» типов отмечаются крайне низкие значения. В связи с этим данный кластер получил название «Острая неадаптивная реакция».

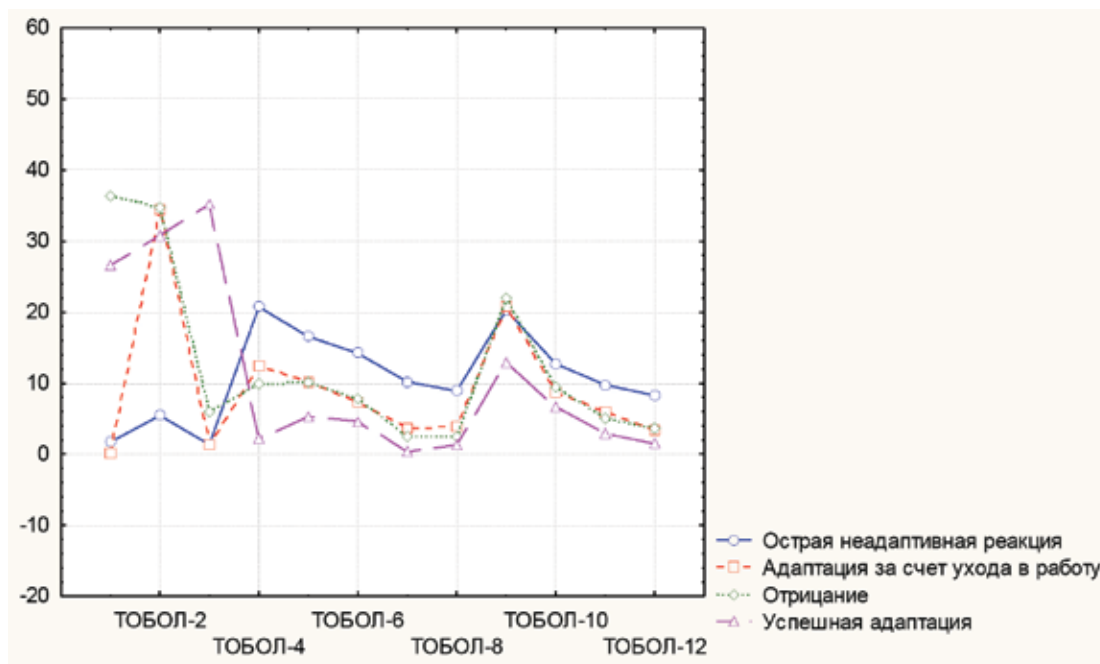


Рис. 1. Кластеры типов отношения к болезни в группе пациентов с опухолью костей

Таблица 5. 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
Анозогностический	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

Второй кластер отличается высокими значениями по «Эргопатическому» и «Сенситивному» типам отношения к болезни и средними значениями по остальным шкалам. Таким образом, он был назван «Адаптация к болезни за счет 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 назван «Успешная адаптация».

Четвертый кластер включает самые высокие значения по «Анозогнозическому 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 ВМ 22, была проведена редукция шкал в четыре фактора посредством факторного анализа. В результате было выделено 4 фактора КЖЗ, связанного с опухолевым поражением костей. Описание полученных факторов дано в табл. 6.

Как видно из табл. 6, первый фактор КЖЗ, связанного непосредственно с опухолью костей, включает высокие значения по шкалам общего состояния здоровья, физической, ролевой и со-

циальной 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 бессонницы.

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 КЖЗ за счет расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)».

Третий фактор включает высокой КЖЗ по параметрам общего состояния здоровья, социальной активности, психосоциальных аспектов отсутствия финансовых трудностей. Он получил название «Улучшение КЖЗ за счет 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 следующем этапе с целью определить влияние типа отношения к болезни на КЖЗ, связанное с опухолевым поражением костей, был проведен дисперсионный анализ. Результаты дисперсионного анализа представлены на рис. 2.

Таблица 6. Факторы КЖЗ, связанного с опухолевым поражением костей

Шкалы методики QLQ C-30 и модуля ВМ 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
Ограничения активности	0,845119	-0,020616	0,268174	0,150744
Психосоциальные аспекты	0,333142	0,004192	0,699923	0,008878

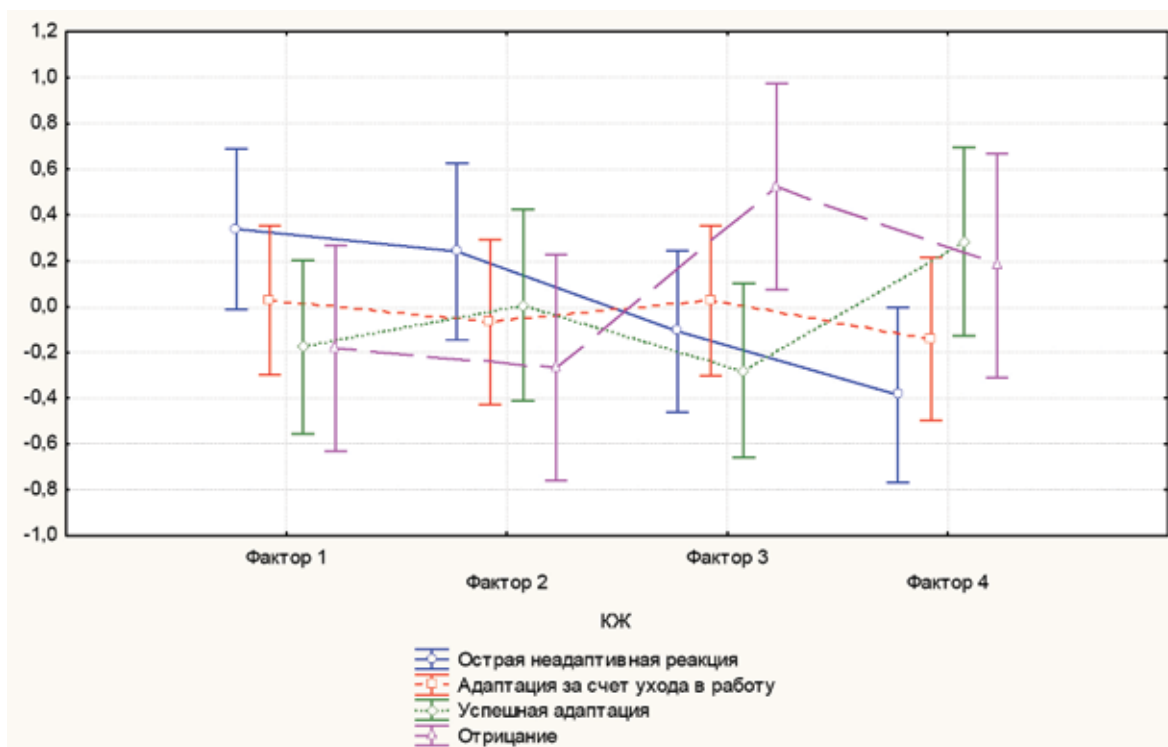


Рис. 2. Влияние типа отношения к болезни на КЖЗ, связанное с опухолевым поражением костей

Как показано на рис. 2, кластер «Острая неадаптивная реакция» значительно снижает КЖЗ пациентов с опухолью костей по факторам «Снижение активности в связи с болевым синдромом», «Снижение КЖЗ за счет расстройства 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 КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей, снижая его по параметрам общего состояния здоровья, физической и ролевой активности, а также усиливая интенсивность и увеличивая распространенность болевых ощущений, усталость, бессонницу и, помимо этого, ухудшая эмоциональное состояние больных.

Пациенты с опухолью костей, входящие в кластер «Адаптация к болезни за счет ухода в работу», характеризуются средними значениями по факторам «Снижение активности в связи с болевым синдромом», «Снижение КЖЗ за счет расстройства ЖКТ», «Улучшение КЖЗ за счет 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, сохраняя физическую, ролевую и социальную активность пациентов и незначительно ухудшая эмоциональное состояние.

Больные с опухолевым поражением костей, входящие в кластер «Успешная адаптация», характеризуются значимо более высоким КЖЗ 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 КЖЗ по фактору «Улучшение КЖЗ за счет 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, бессонницу, потерю аппетита. Кроме того, отмечается меньшая распространенность 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.

Интересно, что наилучшим КЖЗ 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 КЖЗ среди больных с опухолью костей по факторам «Снижение КЖЗ

за счет расстройства ЖКТ» и «Улучшение КЖЗ за счет повышения социально-экономических факторов». При этом КЖЗ по фактору «Отсутствие психосоматических жалоб» у пациентов, входящих в кластер «Отрицание», незначительно ниже, чем в кластере «Успешная адаптация». Полученные результаты настораживают и подводят к вопросу о том, какое влияние, помимо этого, оказывает на «внутреннюю картину болезни» и на поведение пациентов отрицание своего заболевания.

Представленные результаты действительно на уровне статистической значимости 0,01 F-критерия Фишера.

Заключение

Таким образом, в исследовании были 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 КЖЗ, а больные, реагирующие на заболевание по неадаптивным типам, обладают сниженным КЖЗ по ряду параметров.

Реагирование на болезнь по тревожному, ипохондрическому, неврастеническому, меланхолическому, сенситивному, эгоцентрическому и паранойяльному типам значительно влияет на КЖЗ пациентов, снижая его по параметрам общего состояния здоровья, физической и ролевой активности, а также усиливая интенсивность и увеличивая распространенность 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, сохраняя физическую, ролевую и социальную активность пациентов и незначительно ухудшая эмоциональное состояние.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман Л. И.* Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.
2. *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.
3. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – №1. – С.13 -20.
4. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М., 1977. – 112с.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. – Женева: издательство «Медицина», 1995.

6. 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.
7. Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С. Проблема формирования приверженности лечению при хронических заболеваниях // Клиническая психология в здравоохранении и образовании. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. Сборник материалов. — 2011. — С. 20–24.
8. 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 // J. Nat. Cancer Inst. – 1993. – Vol. 85. – P. 365–375.
9. Aksnes LH, Bauer HC, Jebsen NL, Follerås G. et al. Limb-sparing surgery preserves more function than amputation: a Scandinavian sarcoma group study of 118 patients // Journal of Bone Joint Surg Br. – 2008. – Vol. 90(6). – P. 786 – 794.
10. Bekkering WP., Vliet Vlieland TP., Koopman HM. Quality of life in young patients after bone tumor surgery around the knee joint and comparison with healthy controls // Pediatric Blood Cancer. – 2010. – Vol. 54(5). – P. 738 – 745.
11. Eiser C., Grimer R. J. Quality of life in survivors of a primary bone tumor: a systematic review // Sarcoma. – 1999. – Vol. 4. – P. 183-190.
12. Fayers P, Aarson N., Bjordal K., Sullivan M. QLQ C-30 Scoring Manual / EORTC Study Group on Quality of Life. - Brussels, 1995. - 50p.
13. Johansen R., Nielsen OS, Keller J. Functional outcome in sarcomas treated with limb-salvage surgery or amputation // Sarcoma. – 1998. – Vol.2(1). – P. 19-23.
14. Karnofsky DA, Burchenal JH. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer / MacLeod CM (Ed), Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ Press, 1949. – P. 196.
15. Mason GE, Aung L., Gall S. Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma // Front Oncology. – 2013. – Vol.14 (3). – P. 210 - 216.
16. Ngoh L. N. Health literacy: A barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence // J. Am. Pharm. Assoc. – 2009. – Vol.15 (8). – С. 45–57.
17. Robert RS, Ottaviani G., Huh WW, 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. – Vol. 54(7). – P. 990 – 999.
18. Van Riel CA, Meijer-van den Bergh EE, Kemps HL et al. Self-perception and quality of life in adolescents during treatment for a primary malignant bone tumour // Eur J Oncol Nurs. – 2014. – Vol.18(3). – P. 267 – 272.
19. Ware J.E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute. – 1993.
20. 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. – P. 361-368.

Поступила в редакцию 31.08.2016 г.

O.Yu.Shchelkova, E.B.Usmanova

**Influence of attitude to disease on quality
of life of patients with bone tumor**

St. Petersburg State University
St. Petersburg

The article is devoted to study health-related quality of life and psychological characteristics in 119 patients with bone tumor. The diagnoses are osteosarcoma (41 persons), giant cell tumor (31 persons), chondrosarcoma (30 persons) and metastatic bone lesion (17 persons). Comparative analysis of quality of life, features of emotional condition, relation to disease and coping strategies in four clinical groups of patients was made. Psychological methods were as follows: «SF- 36 Health Status Survey», Quality of Life Questionary-Core 30 of European Organization for Research and Treatment Cancer with module Bone Metastases 22, “Prevalent emotional condition”, “The type of relation to disease”, “Coping strategies”. The results revealed differences in quality of life, features of emotional experience, relation to disease and coping characteristics in patients with bone tumor. These results can be used in working out programs of psychological accompaniment and psychosocial rehabilitation for oncological patients with focusing on the problems those are specific for each nosological group.

Key words: quality of life, relation to disease, bone tumor, osteosarcoma, chondrosarcoma, giant cell tumor, metastatic bone lesion, psychological support, rehabilitation