

*О.Н. Чуруксаева¹, Л.А. Коломиец^{1,2}***Проблемы качества жизни онкогинекологических больных**¹ Научно-исследовательский институт онкологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН,² Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

В настоящее время качество жизни онкологических больных является одним из показателей эффективности лечения. В связи с улучшением непосредственных и отдаленных результатов лечения изучение качества жизни является одним из приоритетных направлений в онкологии. В представленном обзоре проанализированы материалы отечественной и зарубежной литературы, посвященные вопросам качества жизни пациенток со злокачественными новообразованиями женской репродуктивной системы. Представлены данные, рассматривающие качество жизни онкогинекологических больных в зависимости от объема проведенного противоопухолевого лечения, психологические и социальные аспекты. Приводятся данные о взаимосвязи качества жизни с показателями выживаемости.

Ключевые слова: качество жизни, гинекологический рак, общая и безрецидивная выживаемость

Использование современных методов комбинированного лечения у больных злокачественными опухолями женской репродуктивной системы позволяет достичь таких удовлетворительных онкологических результатов, как увеличение безрецидивной и общей выживаемости, увеличение медианы до прогрессирования, снижение риска развития отдаленных метастазов. Если заболеваемость, смертность, количество осложнений являются объективными показателями здоровья и результатов лечения, то субъективным показателем восприятия пациентом степени собственного благополучия является качество жизни [22, 39, 45, 46, 56]. В 1999 г. на конференции Национального Института рака США (NCI) и Американского Общества Клинической Онкологии (ASCO) было определено, что качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и является более важным, чем первичный опухолевый ответ [4, 8, 12, 36, 43].

С начала 90-х годов количество публикаций, посвященных исследованию качества жизни, увеличивается на 30-40% ежегодно. К настоящему времени насчитывается более 100

тысяч публикаций по оценке качества жизни в различных областях медицины [4, 9, 13, 54, 55]. Большая часть публикаций относится к онкологическим и сердечно-сосудистым заболеваниям [11, 21, 30, 47].

Анализ материалов отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о том, что в настоящее время вопросы качества жизни у онкогинекологических больных после радикального лечения, в частности больных злокачественными опухолями шейки и тела матки, остаются практически неисследованными [20]. Имеются единичные публикации о снижении уровня качества жизни после проведенного противоопухолевого лечения рака тела и шейки матки [31, 32, 49]. Есть результаты исследований, утверждающие, что у больных РШМ отмечаются более низкие показатели качества жизни по сравнению с больными раком эндометрия и яичников вследствие более молодой возрастной категории этих больных [33].

В связи с увеличением сроков выживания становится актуальным не только количество лет, прожитых пациенткой, но и то, как она их прожила [21, 40, 44, 58]. Факторами, влияющими на качество жизни онкогинекологических больных, являются как сам онкологический процесс (стадия, симптоматика, осложнения), так и осложнения проводимого лечения (операция, осложнения химиотерапии и лучевой терапии) [48, 57].

Качество жизни и объем противоопухолевого лечения

В одном из немногочисленных российских исследований в сравнительном аспекте рассматривается уровень качества жизни (КЖ) у больных раком шейки матки, получивших хирургическое, комбинированное лечение и только лучевое лечение. Выявлено, что исходный уровень КЖ был выше в группе хирургического лечения, худший – в группе лучевой терапии (72,4 и 70,7 баллов, соответственно), что связано с худшими показателями «физического благополучия» (18,3 и 16,0 баллов, соответственно). Через 3 мес. после завершения специфического лечения уровень КЖ в группах хирургического

и комбинированного лечения не только достигал исходных цифр, но и превышал их с дальнейшей тенденцией к увеличению (к 18-му мес. – 88 баллов), тогда как в группе лучевого лечения показатели достигли исходного уровня только к 6-му месяцу (к 18-му мес. – 76 баллов), что, вероятно, связано с развившимися осложнениями после лучевого лечения. Чаще встречались мочеполовые дисфункции, особенно выраженные в группе больных с лучевой терапией, что вынудило 55% больных через 3-5 лет отказаться от сексуальной жизни [17].

Dzenita Ljuca, Goran Marosevic (2009) исследовали в сравнительном аспекте КЖ у пациенток с местно-распространенным раком шейки матки (МРРШМ) до и после химиолучевого лечения (ХЛЛ). Больные получали курс сочетанной лучевой терапии (СЛТ) по радикальной программе с еженедельным введением цисплатина в дозе 40 мг/м². Повторное исследование КЖ проводилось через 12 мес. после завершения лечения. В исследовании включались женщины с МРРШМ и сохраненной когнитивной функцией. Было выявлено, что показатели КЖ были лучше после проведенного ХЛЛ. Так, общий статус здоровья составил 33 против 66 баллов. Статистически значимыми были различия и по функциональным шкалам: эмоциональное функционирование 42 против 92, ролевое – 34 против 84, наиболее высокие показатели по социальному функционированию – 84 против 100. После ХЛЛ у больных снизились показатели симптоматических шкал: боль с 33 до 16, усталость с 44 до 13. Сексуальные отношения из 19 пациенток 9 не имели ни до, ни после лечения [50].

Психические компоненты субъективного КЖ женщин с постовариоэктомическим синдромом после различных объемов противоопухолевого лечения исследованы в научной работе Л. В. Покуль (2010). Исследованы особенности субъективного КЖ у больных раком шейки и тела матки, получивших хирургическое лечение (1 группа), комбинированное (2 группа) и сочетанную лучевую терапию (3 группа). Группу сравнения составили больные с доброкачественными опухолями гениталий после хирургического лечения в объеме тотальной гистероэктомии. Было установлено, что все больные в состоянии постовариоэктомии подвержены субдепрессии и депрессии (61,9%). Их социальная адаптация достигается преимущественно за счет повышенной личностной лабильности (43,4%). Было установлено, что состояниям высокой личностной тревожности наиболее подвержены пациентки 2 группы (комбинированное лечение): 77,1% ($p \leq 0,001$). Наименее выражены показатели лич-

ностной тревожности были в группе больных, получивших только лучевое лечение (42,7%). В этой же группе выявлен наименьший удельный вес больных, испытывающих состояние истинной депрессии: уровень «без депрессии» диагностирован у 26,5% опрошенных пациенток. В этой же группе пациенток отмечена наибольшая устойчивость социального поведения [15].

Выводы об отдаленной эффективности лучевого, хирургического и комбинированного лечения чаще всего основываются на анализе количества осложнений и уровня смертности. Однако эти объективные критерии оценки здоровья и результатов лечения не всегда дают возможность всесторонне оценить субъективное состояние здоровья человека, которое часто является более полным и точным, чем объективная врачебная оценка. Именно субъективные показатели отражают восприятие пациентом степени собственного благополучия – качества жизни [34]. Рациональное лечение, устраняющее симптомы заболевания и повышающее функциональные возможности организма пациента, наиболее часто повышает КЖ. Вместе с тем, лечение может оказаться и неблагоприятным, снижающим КЖ, фактором [24, 26].

В оценке КЖ у больных раком тела и шейки матки I-II стадий в рамках исследования, проведенного Е. А. Ульрих, наблюдается отрицательная динамика показателей КЖ во всех сферах за исключением эмоциональной, что связано с появляющейся надеждой на выздоровление. После радикального хирургического и комбинированного методов лечения больные раком шейки матки восстанавливаются к 3-му месяцу, после сочетанной лучевой терапии только к 6-му месяцу, что обусловлено осложнениями проведенного лечения [21]. Данные зарубежной литературы демонстрируют аналогичные результаты, свидетельствующие о том, что у больных раком шейки матки после проведенного лечения отмечается достоверное снижение показателей эмоционального, социального функционирования и общего уровня здоровья [27, 45, 60].

Комплексная оценка КЖ 99 больных раком тела матки, получивших лечение на базе онкогинекологического отделения Ленинградского онкологического диспансера, показала, что пациентки с раком эндометрия имеют исходно более низкий уровень качества жизни за счет социально-семейной, функциональной и эмоциональной сфер, что, вероятно, может быть обусловлено более старшей возрастной категорией пациенток и наличием у них сопутствующей соматической патологии. Наиболее существенное влияние на снижение показателей КЖ оказывает наличие у больных сахарного диабета и ожирения. Авторами исследования доказано,

что пациентки, получившие комбинированное лечение (оперативное вмешательство и лучевая терапия) имели худшие показатели КЖ на всех этапах исследования в сравнении с больными, перенесшими только оперативное лечение.

Для большинства больных раком тела матки (90,9%) на момент установления диагноза характерен высокий уровень реактивной тревожности. На основе проведенного исследования было выделено несколько типов личности, оказывающие значительное влияние на уровень тревожности и динамику показателей качества жизни. Показатели уровня тревожности выше среди пациенток с ипохондрическим и паранойальным типами личности ($p < 0,05$). В течение наблюдения зафиксировано снижение уровня реактивной тревожности у всех больных ($p < 0,05$). Наименее выраженная динамика отмечена у больных с истероидным типом личности. Показано, что наиболее важными факторами, отрицательно влияющими на динамику качества жизни больных раком тела матки, являются тип личности, возраст больных и метод лечения ($p < 0,05$) [18, 19].

Одним из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований женской половой сферы является рак яичника, пик заболеваемости которым приходится на старшие возрастные группы. Проблема изучения качества жизни таких больных как в течение лечения, так и после его завершения является актуальной. Е. М. Богдановой с соавт. было изучено КЖ больных раком яичника и показано, что пациентки старше 70 лет имеют более низкие показатели КЖ в сравнении с больными более молодого возраста (50-69 лет), причем наиболее выражены различия по шкалам физического и социально-семейного благополучия. Снижение показателей качества жизни наблюдалось и на 6 месяце от начала терапии, что подтверждает важность не только хорошо подобранной и эффективной противоопухолевой терапии, но и важность психологической поддержки на всех этапах лечения [5].

Основные составляющие качества жизни у онкогинекологических больных

Основными составляющими КЖ для любого онкологического больного являются физическая/функциональная шкалы (активность, общее состояние, аппетит, сон, выносливость/утомляемость, симптомы основного заболевания, осложнения проведенной терапии). Для женщин со злокачественными новообразованиями приоритетными составляющими становятся демографическая (возраст, детородная функция), социальная (трудовые, семейные взаимоотношения, сексуальность), психологическая/когни-

тивная (тревога, депрессия, оптимизм) шкалы [41]. Онкологические больные теряют не только здоровье как таковое. Утрата психологически значимого органа (молочной железы, матки и др.) в процессе оперативного вмешательства сама по себе является тяжелой травмой [6]. К числу неблагоприятных факторов, усложняющих процесс терапии и негативно влияющих на проявления и исход опухолевого процесса, является формирование нервно-психических расстройств у онкологических больных на этапах специального лечения. В изученной литературе у онкологических больных на этапах специального противоопухолевого лечения выделяют 3 синдрома: тревожно-депрессивный (47,5%), депрессивный (24,5%), субдепрессивный (28%). На этапах паллиативного лечения помимо депрессивного (35,3%) и тревожно-депрессивного (16,7%) синдромов встречаются депрессивно-ипохондрический (31,4%), дисфорический (9,8%) и апатический (6,8%) [10]. В формировании нервно-психических расстройств принимают участие несколько групп факторов: соматическое состояние больного на момент возникновения онкозаболевания и его изменения в этой связи; чрезвычайное по силе и продолжительности действия психотравмирующее влияние возникшего онкологического заболевания на личность больного [16]. Данные литературы указывают на выраженные изменения в психоэмоциональной сфере женщин, страдающих онкологическим заболеванием. Так, больше половины пациенток (70%) испытывают чувство одиночества. Онкологическое заболевание для пациенток ассоциируется как крушение жизненных планов – 34%, смерть – 30%, боль – 31%, упорное лечение – 38%. После радикального лечения рака гениталий и молочных желез 42% респондентов отмечают повышенную раздражительность, чувство гнева, 46,5% - плаксивость и обидчивость, в 15,5% отмечается апатия и безразличие ко всему. Только 30% больных стараются не думать о болезни [3]. В результате исследования, сравнивающего параметры КЖ у пациенток с онкологической патологией и пациенток с диагнозом миома матки, выявлено, что онкологическая патология резко деформирует психоэмоциональное состояние женщин. При доброкачественной патологии страдает преимущественно социальная сфера личности, при злокачественном процессе – физические составляющие качества жизни – здоровье и материальное положение [1]. Е. L. McGarvey et al. акцентируют внимание на психоэмоциональном состоянии пациенток с онкопатологией, когда лечебное воздействие связано с изменениями внешнего вида, и рекомендуют в обязательном порядке проводить персонализированные психотерапевтические сеансы,

направленные на самопринятие и преодоление дистресса [51].

Исследования указывают на то, что проблемы онкологических больных связаны в большей степени не с соматикой, а социальным статусом, что свидетельствует об их гиперсоциализированности и необходимости социально-психологической реабилитации [14]. Физические и психоэмоциональные расстройства онкологических больных, обусловленные фактом тяжелого заболевания и современными методами радикального лечения злокачественных новообразований, требуют более широкого подхода к решению возникающих при этом проблем.

Климактерический синдром и качество жизни

Установлено, что более 90% онкогинекологических больных репродуктивного возраста страдают симптомами выпадения функции яичников после перенесенного лечения. Помимо психо-эмоционального состояния, объема противоопухолевого лечения, побочных реакций и осложнений после перенесенного лечения фактором, оказывающим существенное влияние на КЖ больной, является тяжесть климактерического синдрома [25, 29]. При исследовании особенностей течения постовариоэктомического синдрома у больных раком шейки и тела матки репродуктивного возраста после проведения противоопухолевого лечения отмечается снижение показателей качества жизни таких, как общий уровень здоровья, уровень физического, эмоционального и социального функционирования, по сравнению с пациентками пери- и постменопаузального возраста, у которых не наблюдалось существенной динамики данных показателей, что связано с развитием у молодых пациенток индуцированной менопаузы после завершения противоопухолевого лечения с выраженными ранними проявлениями нейровегетативных и тревожно-депрессивных расстройств [11].

Искусственная (индуцированная) менопауза развивается не только при хирургическом этапе комбинированного лечения по поводу гинекологического рака, но и при проведении лучевой и химиотерапии. Лучевая терапия на область малого таза в дозе 15-20 Гр у женщин репродуктивного возраста вызывает развитие ятрогенной индуцированной менопаузы, причем выраженность менопаузальных симптомов соответствует таковой при хирургической менопаузе [37].

Ионизирующее излучение вызывает гибель примордиальных фолликулов. Чем более интенсивно излучение, тем больше доля погибших ооцитов. Чем старше возраст, тем драматичнее

последствия облучения. При воздействии больших доз радиации наступает стерилизация, при средних дозах — преждевременная менопауза через несколько лет. Действие лучевой терапии на овуляторную и гормонопродуцирующую функции яичников наступает при уже минимальных дозах. Облучение пахово-подвздошных областей у женщин вызывает аменорею почти в 100% случаев. Облучение парааортальных и паховых лимфоузлов также вызывает нарушение менструального цикла, но значительно реже. Влияние лучевой терапии на фолликулярный аппарат является дозозависимым [23]. В большинстве случаев при лечении онкологических заболеваний показано применение комбинации химиопрепаратов, что диктуется повышением эффективности воздействия, а также снижением резистентности к химиопрепаратам в последующем. Вместе с этим, токсичность комбинированного лечения также возрастает [2, 7]. Таким образом, лечение онкологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста зачастую может приводить либо к стерилизации, либо к снижению овариального резерва и преждевременной менопаузе в будущем. Исход во многом зависит от возраста пациентки и ее овариального резерва до начала лечения, типа проведенной терапии, выбранных схем лечения (доз радиации и цитостатиков), а также локализации и распространенности опухоли [42, 53]. Сохранение менструальной функции после химиотерапии еще не означает, что яичники остались интактными, так как частичная потеря резерва примордиальных фолликулов может привести к ранней менопаузе, как результат отсроченной реакции на лечение [52]. Восстановление нормального менструального цикла после ПХТ происходит у 70% женщин моложе 20 лет и у 20% женщин старше 30 лет [23].

Больные гинекологическим раком репродуктивного возраста после радикального лечения в большинстве случаев стремятся сохранить прежний образ жизни, социальный статус, а также трудовую активность [28]. Показано, что наиболее существенные изменения происходят в трудовой сфере. Так, в силу возраста 50,8% исследуемых больных прекратили свою трудовую деятельность до начала заболевания, 21,3% перешли на более легкую работу или работают на прежнем месте, 19,3% уволились по инвалидности, еще 3,7% не смогли работать на прежнем месте [14].

Стадия процесса, показатели выживаемости и качество жизни

При сравнительной оценке качества жизни у больных с ранними стадиями РШМ и местно-распространенным раком шейки матки ли-

тературные данные свидетельствуют о более низких показателях качества жизни по всем шкалам у больных с распространенными формами заболевания, более высоком уровне тревожности (8,6% против 27,6% у больных МРРШМ) [38].

Ф. Н. Vaz et al. в своём исследовании сообщают об отсутствии значимой разницы в показателях КЖ у больных МРРШМ, получавших ХЛЛ и пациенток, получавших лечение по поводу РМЖ. Оценивались как общий статус здоровья, так и функциональные шкалы. Было выявлено, что общий статус здоровья у больных МРРШМ несколько ниже, чем у больных с РМЖ (77,98 против 79,65), что не достоверно. По показателям функциональных шкал разницы не отмечалось [59].

D.M. Chase et al. изучали взаимосвязь между общей, безрецидивной выживаемостью и КЖ у 991 больной МРРШМ. Оценивались физическая, эмоциональная, социальная шкалы. Было выявлено, что физическое состояние пациенток напрямую коррелирует с показателями общей выживаемости и является одним из прогностических факторов [35].

Все выше изложенное свидетельствует о том, что «раковая болезнь» есть результат биопсихосоциального конфликта в организме, поэтому необходимо рассматривать комплекс биологических, психологических и социальных причин, лежащих в ее основе [1].

Таким образом, проблема КЖ требует дальнейших глубоких исследований. Недостаточно сведений о сопоставлении КЖ и клинико-функциональных данных на догоспитальном, стационарном и постгоспитальном этапах болезни. Незначительны сведения об изменениях КЖ на этапах полихимиотерапии, лучевой терапии на фоне развившихся осложнений. Поэтому изучение КЖ у больных гинекологическим раком в качестве критерия эффективности противоопухолевого лечения и для разработки соответствующих реабилитационных мероприятий представляется актуальным и требует индивидуального подхода к каждой больной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаркова Л.А., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н. и др. Сравнительные исследования качества жизни у женщин с доброкачественными и злокачественными опухолями гинекологической сферы // Сибирский онкологический журнал. – 2004. - № 1 (9). – С. 18-201.
2. Адамян Л.В., Жордания К.И., Паяниди Ю.Г., Тырсина Е.Г. Возможности реабилитации онкологических больных и сохранение их репродуктивной функции // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2010. - № 4. – С. 118-122.

3. Аржаненкова Л.С., Сидоров Г.А., Сычов М.Д. Социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями женской репродуктивной системы // Вопросы онкологии. – 2007. – Т. 53. – № 6. – С. 715-716.
4. Бергфельд А.Ю. Эмоциональный опыт как предиктор рецидива онкологических заболеваний // Вестник Пермского университета / выпуск 3 (7), 2011. – С. 60-72.
5. Богданова Е.М., Урманчеева А.Ф., Ульрих Е.А. Качество жизни пациенток старше 70 лет с овариальным раком // Вопр. онкологии (приложение). – 2010.– Т. 56. – № 2. – С. 8.
6. Володин Б.Ю. Качество жизни онкологических больных: подходы к проблеме // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2007. – № 2. – С. 50-53.
7. Ганцев Ш.Х., Хуснутдинов Ш.М. Патология и морфологическая характеристика опухолевого роста / Учебное пособие – М., 2003. – 208 с.
8. Давыдов М. И. Психонкология // Психические расстройства в общей медицине / под ред. А. Б. Смулевича. – М., 2007. – Т. 2. – № 3.
9. Добровольский С.Р., Абдурахманов Ю.Х., Джамынчиев Э.К., Абдуллаева А.А. Исследование качества жизни в хирургии // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2008. – № 12. – С. 73-75.
10. Кокорина Н.П., Комкова Е.П., Архипова И.В. Психические расстройства при онкопатологии различной локализации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии/ Тезисы докладов Международной конференции по психонкологии «Культура, мозг, тело». – 2008. – № 3 (50). – С. 20.
11. Коломиец Л.А., Чуруксаева О.Н., Молчанов С. В. Качество жизни как критерий оценки эффективности лечения больных гинекологическим раком // Качество жизни онкологических больных / под ред. Акад. РАМН Е. Л. Чойнзонова, д-ра биол. Наук Л. Н. Балацкой. – Томск: Изд-во «Печатная мануфактура», 2011. – С. 105-119.
12. Новик А.А., Ионова Т.А. Качество жизни – квинтэссенция парадигмы паллиативной помощи в онкологии // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2002. - №1. – С. 9-15.
13. Новик А. А., Ионова Т. А. Исследование качества жизни в клинической больнице // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – М., 2006; 1:1:91.
14. Новиков Г.А., Великолуг А.Н. Психотерапевтические аспекты реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2004. - № 1. – С. 37-41.
15. Покуль Л.В. Постовариоэктомический синдром: особенности патогенеза, диагностики и прогнозирования у больных раком тела и шейки матки после противоопухолевого лечения: дис...док. мед. наук /Л. В. Покуль. - Ростов-на-Дону, 2010 г. – 275 с.
16. Семке В.Я., Чойнзонов Е.Ц. Проблемы современной онкопсихиатрии: клинические и нейробиологические аспекты // Сибирский вестник психиатрии и наркологии/ Тезисы докладов Международной конференции по психонкологии «Культура, мозг, тело». – 2008. – № 3 (50). – С. 34.
17. Тамбиева З.А. Оценка качества жизни больных раком шейки матки после радикального лечения: дис....канд.

- мед. наук / З. А. Тамбиева. – Санкт-Петербург, 2007. – 186 с.
18. Ульрих Е.А., Михеева О.Н., Урманчиева А.Ф. Качество жизни больных злокачественными эпителиальными опухолями матки до и после радикального лечения // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. LVII. – № 1. – С. 35-39.
 19. Ульрих Е.А., Тамбиева З.А., Михеева О.Н. и др. Качество жизни больных карциномами матки после радикального лечения // Вопросы онкологии. – 2008. – Т. 54. – № 2. – С. 374-375.
 20. Ульрих Е.А., Тамбиева З.А., Урманчиева А.Ф., Моисеенко В.М. Качество жизни больных раком шейки матки I, II стадий после радикальных методов лечения // Вопросы онкологии. – 2007. – Т. 53. – № 6. – С. 717-721.
 21. Ульрих Е.А., Тамбиева З.А., Кутушева Г.Ф. и др. Качественные характеристики жизни у молодых больных раком шейки матки после радикального лечения // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – № 1. – С. 18-22.
 22. Чойнзонов Е.Л., Балацкая Л.Н. Методологические подходы к исследованию качества жизни в онкологии // Качество жизни онкологических больных / под ред. Акад. РАМН Е.Л. Чойнзона, д-ра биол. наук Л.Н. Балацкой. – Томск: Изд-во «Печатная мануфактура», 2011. – С. 7-17.
 23. Шмаков Р.Г., Самойлова Т.Е. Влияние химио- и лучевой терапии на репродуктивную функцию женщин // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 6. – С. 6-8.
 24. Abbott-Anderson K., Kwেকেboom K.L. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors // Gynecol. Oncol. – 2012. – Vol. 124. – P. 477-489.
 25. Absolom K., Eiser C., Turner L. et al. Ovarian failure following cancer treatment: current management and quality of life // Human Reproduction. – 2008. – Vol. 23. – P. 2506-2512.
 26. Aerts L, Enzlin P, Vergote I, et al. Sexual, psychological, and relational functioning in women after surgical treatment for vulvar malignancy: a literature review // J. Sex Med. – 2012. – Vol. 9. – P. 361-371.
 27. Ashing-Giwa K. T., Kim J., Tejero S. Measuring quality of life among cervical cancer survivors: preliminary assessment of instrumental validity in a cross-cultural study // Quality of life Research. – 2008. – Vol. 17. – P. 147-157.
 28. Baze C., Monk B. J., Herzog T. J. The impact of cervical cancer on quality of life: a personal account // Gynecologic oncology. – 2008. – Vol. 109. – P. S12-S14.
 29. Bezjak A., Tu D., Bacon M. Quality of life in ovarian cancer patients: comparison of paclitaxel plus cisplatin, with cyclophosphamide plus cisplatin in a randomized study // Journal of Clinical Oncology. – 2004. – Vol. 22. – P. 4595-4603.
 30. Bona V1, Khawaja MZ, Bapat V. et al. Early and late changes in quality of life following transcatheter aortic valve implantation using the transfemoral and transapical approaches // EuroIntervention. – 2015. – Vol. 11(2). – P. 221-9. – doi: 10.4244/EIJV11I2A41.
 31. Bradley S., Rose S., Lutgendorf S., Costanzo E., Anderson B. Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors // Gynecological oncology. – 2006. – Vol. 100. – Suppl. 3. – P. 479-486.
 32. Butow PN, Price MA, Bell ML et al. Caring for women with ovarian cancer in the last year of life: A longitudinal study of caregiver quality of life, distress and unmet needs // Gynecol. Oncol. – 2014. – Vol. 132. – P. 690-697.
 33. Capelli G., De Vincenzo R.I., Addamo A. et al. Which dimensions of health-related quality of life are altered in patients attending the different gynecologic oncology health care settings? // Cancer. – 2002. – Vol. 95. – P. 2500-2507. – doi: 10.1002/cncr.10993.
 34. Cella D., Paul D., Yount S. et al. What are the most important symptom targets when treating advanced cancer? A survey of providers in the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) // Cancer Investigation. – 2009. – Vol 21. – Suppl. 4. – P. 526-535.
 35. Chase DM, Huang HQ, Wenzel L. et al. Quality of life and survival in advanced cervical cancer: a Gynecologic Oncology Group study // Gynecol. Oncol. – 2012. – Vol. 125 (2). – P. 315-9.
 36. Cheung A.S., de Rooy C., Hoermann R. et al. Quality of life decrements in men with prostate cancer undergoing androgen deprivation therapy // Clin. Endocrinol. (Oxf). – 2016. – doi: 10.1111/cen.13249.
 37. Critchley H. O., Bath L. E., Wallace W. H. Radiation damage to the uterus – review of the effects of treatment of childhood cancer // Human Fertility. – 2002. – Vol. 5. – P. 61-66.
 38. Distefano M., Riccardi S., Capelli G. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy // Gynecol Oncol. – 2008. – Vol. 111 (1). – P. 144-50.
 39. Fairclough D.L. Design and analysis of quality of life studies in clinical trials Chapman and Hall/CRC, Press, Boca Raton, Florida, 2002. – 307 p.
 40. Feichtinger Michael, Rodriguez-Wallberg Kenny A. Fertility preservation in women with cervical, endometrial or ovarian cancers // Gynecol. Oncol. Res. Pract. – 2016. – Vol. 3. – P. 8. – doi: 10.1186/s40661-016-0029-2.
 41. Ferrel B., Smith S. L., Cullinane C. A. et al. Psychological wellbeing and quality of life in ovarian cancer survivors // Cancer. – 2003. – Vol. 98. – Suppl. 5. – P. 1061-1071.
 42. Green D.M., Kawashima T., Stovall M. et al. Fertility of male survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study // J. Clin. Oncol. – 2010. – Vol. 28 (2). – P. 332-9.
 43. Ham O.K., Chee W., Im E.O. The Influence of Social Structure on Cancer Pain and Quality of Life // West J. Nurs. Res. – 2016. – doi: 10.1177/0193945916672663.
 44. Howard-Anderson J., Ganz P.A., Bower J.E., Stanton A.L. Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review // J. Natl. Cancer Inst. – 2012. – Vol. 104. – P. 386-405. – doi: 10.1093/jnci/djr541.
 45. Iycki D., Woniak K., Iycka N. Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective // Prz Menopauzalny. – 2016. – Vol. 15(2). – P. 112-116. – doi: 10.5114/pm.2016.61194.
 46. Kobleder A.1., Nikolic N., Hechinger M. et al. Perceived Health-Related Quality of Life in Women With Vulvar Neoplasia: A Cross Sectional Study // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2016. – Vol. 26 (7). – P. 1313-9. – doi: 10.1097/IGC.0000000000000770.
 47. Koukakis Reija, Gatta Francesca, Hechmati Guy, Siena Salvatore Skin toxicity and quality of life during treatment

with panitumumab for RAS wild-type metastatic colorectal carcinoma: results from three randomised clinical trials // Qual. Life Res. – 2016. – Vol. 25 (10). – P. 2645–2656. – doi: 10.1007/s11136-016-1288-4.

48. Le T., Leis A., Pahwa P. et al. Quality of life evaluations in patients with ovarian cancer during chemotherapy treatment // Gynecological oncology. – 2004. – Vol 92. – Suppl. 3. – P. 839-844.
49. Li C.C., Rew L., Chen L. Factors affecting sexual function: A comparison between women with gynecological or rectal cancer and healthy controls // Nurs. Health Sci. – 2014. – Vol. 23. – doi: 10.1111/nhs.12177.
50. Ljuca D., Marosevic G. Quality of life in patients with cervical cancer FIGO IIb stage after concomitant chemoradiotherapy // Radiol Oncol. – 2009. - Vol. 43 (4). – P. 293-298.
51. McGarvey E.L., Baum L.D., Pinkerton R.C., Roger L.M. Psychological sequelae and alopecia among women with cancer // Cancer Pract. – 2001. – Vol. 9. - № 6. – P. 283-289.
52. Meirou D. Reproduction post-chemotherapy in young cancer patients // Mol. Cell. Endocrinol. – 2000. – Vol. 169. – № 1-2. – P. 123-131.
53. Meirou D., Nugent D. The effects of radiotherapy and chemotherapy on female reproduction // Hum. Reprod. Update. 2001. – Vol. 7. – № 6. – P. 535-543.
54. Petkari E., Pietschnig J. Associations of Quality of Life with Service Satisfaction in Psychotic Patients: A Meta-Analysis // PLoS One. – 2015. – Vol. 10 (8). – e0135267. – doi: 10.1371/journal.pone.0135267.
55. Platts L.G., Webb E., Zins M., Goldberg M., Goldberg N.G. Mid-life occupational grade and quality of life following retirement: a 16-year follow-up of the French GAZEL study // Aging Ment Health. – 2015. – Vol. 19 (7). – P. 634–646. – doi: 10.1080/13607863.2014.955458.
56. Plotti F., Nelaj E., Sansone M. et al. Sexual function after modified radical hysterectomy (Piver II/Type B) vs. classic radical hysterectomy (Piver III/Type C2) for early stage cervical cancer. A prospective study // J. Sex. Med. – 2012. – Vol. 9 (3). – P. 909-17. –doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02581.x.
57. Rodriguez-Wallberg K.A. Principles of cancer treatment: impact on reproduction // Adv. Exp. Med. Biol. – 2012. – Vol. 732. – P. 1–8. – doi: 10.1007/978-94-007-2492-1_1.
58. Rosen A., Rodriguez-Wallberg K.A., Rosenzweig L. Psychosocial distress in young cancer survivors // Semin. Oncol. Nurs. – 2009. – Vol. 25. – P. 268–77. – doi: 10.1016/j.soncn.2009.08.004.
59. Vaz F.H., Ribeiro M., Opinao A. et al. Quality of life in survivors of chemoradiation of the cervix // J. Clin. Oncol. – 2010. – Vol. 28. (suppl; abstr e15514).
60. Wenzel L., De Alba I., Habbal R. et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors // Gynecological Oncology. – 2005. – Vol. 97. – P. 310-317.

O.N. Churuksaeva¹, L.A. Kolomiets^{1,2}

Quality of life problems of gynecological cancer patients

¹*Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences*

²*Siberian State Medical University
Tomsk*

Due to improvements in short- and long-term clinical outcomes a study of quality of life is one of the most promising trends in oncology today. This review analyzes the published literature on problems dealing with quality of life of patients with gynecological cancer. Data on quality of life with respect to the extent of anticancer treatment as well as psychological and social aspects are presented. The relationship between quality of life and survival has been estimated.

Key words: quality of life, gynecological cancer, overall and disease-free survival

Поступила в редакцию 27.10.2016 г.