
ОБЗОРЫ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.Э. Мусаева¹, Ю.А. Дыхно¹, Е.М. Слонимская²

*Красноярская государственная медицинская академия'
Красноярский онкологический диспансер' ГУ НИИ
онкологии Томского научного центра СО РАМН²*

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место. Это определяет неослабевающий интерес не только к проблеме профилактики и ранней диагностики, но и совершенствования лечебных и реабилитационных мероприятий.

В целом онкологическая патология снижает уровень общего здоровья, чаще других причин приводит к потере трудоспособности, инвалидности и преждевременной смерти [12]. Рак молочной железы не является исключением. Современные достижения химио- и лучевой терапии в значительной степени увеличили шансы больных на выздоровление. Однако оценка таких критериев эффективности проведенного лечения, как общая выживаемость и продолжительность безрецидивного периода, не всегда удовлетворяет специалистов. При сроках выживаемости более 5 лет одним из главных критериев, определяющих состояние пациентов, эффективность лечения, является качество жизни (КЖ). Качественные характеристики жизни далеко не всегда могут быть обеспечены только применением современных методов противоопухолевого лечения, необходимо использование дополнительных методов воздействия [1].

В настоящее время в лечении рака молочной железы достигнуты определенные успехи. Исторический путь, пройденный хирургией молочной железы, завершился появлением «консервативных» типов оперативных вмешательств, в результате которых стало возможным сохранение органа. Отработана техника операций, определены эффективные схемы адъювантной химиотерапии, облучения, которые не только увеличили продолжительность жизни больных, но и стали менее агрессивными [38]. Многими рандомизированными исследованиями показано, что выполнение радикальной мастэктомии (РМЭ), органосохраняющих операций, или мастэктомии с одномоментной реконструкцией молочной железы,

на ранних стадиях заболевания практически равнозначны по своему лечебному эффекту. Именно поэтому актуальным становится вопрос о качестве жизни больных [37].

В иностранной литературе эта проблема освещена достаточно полно, ей уделяется очень серьезное внимание, а в России эти вопросы практически не рассматриваются. Однако имеющиеся различия в демографических характеристиках, общем уровне жизни, менталитете, выполняемом объеме лечения делают необходимым изучение КЖ у больных раком молочной железы с учетом специфики российских регионов.

Качество жизни является интегральным понятием, позволяющим провести глубокий анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем человека, конечной задачей которых является достижение более эффективной жизни пациентов, наряду с сохранением ими работоспособности и хорошего самочувствия. По сути, это объективный показатель, основанный на субъективном восприятии, который характеризует разницу между ожиданиями пациента и его достижениями. Чем меньше выражены эти различия, тем выше КЖ [6,13].

Универсальных форм для определения качества жизни не существует. Можно выявить лишь некоторые изменения КЖ в той или иной группе респондентов. Нет единых подходов и при его определении, каждый выбранный инструмент имеет свои критерии и шкалу оценки. Полученные данные не позволяют оценивать клиническую тяжесть заболевания. Они отражают то, как больной переносит свое заболевание. Так, при длительно текущей болезни некоторые индивидуумы как бы привыкают к своему заболеванию и перестают обращать внимание на его симптомы. У таких лиц можно зарегистрировать даже повышение уровня КЖ, притом что это не будет означать регрессию заболевания [6].

При изучении последствий лечения, проведенного по поводу РМЖ, необходимо говорить о биомедицинской модели, поскольку выделять отдельно только физические, психологические или социальные последствия, а тем более судить о качестве жизни на основании этих данных, некорректно. Это интегральная категория, которая включает в себя и психологические, и социальные последствия, и многое другое [47].

В отечественной литературе наиболее полно освещен вопрос психологического состояния женщин, страдающих РМЖ. Чаще всего проведенные исследования касаются изучения отдельных вопросов эмоционального, психосоциального статуса, сексуальности, выраженности стресса, депрессии, тревожности на различных этапах лечения [2].

Нередко работы, посвященные изучению состояния здоровья и влиянию болезни на человека, сводились к проведению формального психометрического обследования с использованием, например, такой шкалы, как Minnesota Multiphase Personality Inventory (MMPI). К сожалению, этот инструмент оказался неадекватным для оценки влияния заболевания на все аспекты жизни человека, поскольку он в большей мере сопряжен с характерологическими чертами личности и эмоциональными расстройствами, что и делает его пригодным для определения преимущественно психологического статуса. При этом остается неизученным влияние болезни на другие аспекты жизни больного, в частности на ее социальную сферу. Такой односторонний подход не позволяет в целом оценить степень дезадаптации человека [6].

Особенности психологического состояния больных раком молочной железы обусловлены тем, что наряду с наличием потенциально смертельного заболевания имеются проблемы косметического характера, так как молочная железа является символом женственности и красоты. Психологические проблемы, связанные с чувством утраты привлекательности, женской сексуальности, нередко приводят к депрессивным реакциям [4], которые усугубляются осознанием опасности для жизни. Все это создает у больных состояние постоянного эмоционального напряжения, ведущего к психосоциальной дезориентации. Значение этих факторов не ограничивается лишь влиянием стрессовых ситуаций, которые приводят к нервным срывам. Психогения продолжает сказываться и на дальнейшем течении заболевания [25].

У женщин, страдающих РМЖ, отмечается снижение эмоционального статуса, уровня положительных эмоций, мечтательности, самооценки, повышение уровня подавленности, физических жалоб, нара-

стает неудовлетворенность внешним видом. Все это проявляется как психологическое содействие болезни [32]. Повышенная раздражительность, возбудимость часто требуют приема транквилизаторов. Могут происходить значительные изменения в профессиональной и экономической сфере, в результате увольнения или понижения в должности снижаются доходы, что усугубляет состояние депрессии. Лишь у незначительного процента женщин не происходит изменений в этом плане [33].

Много работ посвящено исследованию физического статуса после перенесенного РМЖ, на основании которого судят о качестве жизни. В соответствии с данными ВОЗ функциональный статус определяется как способность индивидуума в данное время выполнять задание или функцию, которые должны иметь фактический результат. Это лишь один из аспектов КЖ [6,51]. Для его оценки имеются объективные методы обследования. Что же касается субъективной оценки состояния здоровья больных, влияния болезни на их жизнедеятельность и социальную адаптацию в целом, то этот вопрос требует применения специальных методик.

При ранних стадиях РМЖ существует возможность выбора объема оперативного вмешательства, равнозначного по своему лечебному эффекту. Традиционно главным критерием сравнения этих операций был показатель общей выживаемости. Значительно позже стали рассматриваться такие критерии эффективности лечения, как качество жизни, удовлетворенность косметическим результатом, оценка картины собственного тела [10].

Для оценки качества жизни больных раком молочной железы используют как общие, стандартизированные опросники-EUROQOL, SF-36, POVS, SIP, так и наиболее часто применяемые в онкологии - Short Form 36 (SF-36), European Organization for the Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 (EORTC QLQ - C30), Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). С их помощью можно изучить основные составляющие КЖ. Это физическое функционирование; ролевое физическое функционирование (насколько физические проблемы ограничивают жизнедеятельность); боль; общее здоровье; жизнедеятельность; социальное функционирование; ролевое эмоциональное функционирование (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности), психическое здоровье, сексуальное функционирование, общее качество жизни, степень проявления различных симптомов заболеваний (усталость, слабость, лимфедема) [24].

После выполнения радикальной мастэктомии такая важная составляющая КЖ, как физическое функционирование пациентов, страдает за счет последствий оперативного вмешательства: наблюдаются общая усталость, боль, снижение кожной чувствительности, ограничение объема движения в конечности, лимфедема [23].

В качестве одного из наиболее важных параметров рассматривается общая усталость, поскольку ее наличие значительно влияет на КЖ. Это один из наиболее частых симптомов, встречающихся у пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы. При этом точные причины ее возникновения не известны. Показано, что этот симптом нередко соотносится с одышкой, неустойчивым сном, депрессией, болью. Какой-либо корреляционной зависимости со стадией заболевания, наличием метастазов в регионарных лимфатических узлах, временем, прошедшим после химиотерапии, облучения, принятием тамоксифена, выявлено не было. Усталость в большей мере определяется текущим физическим и психологическим состоянием, чем наличием в анамнезе рака молочной железы и видом лечения. Воздействие на диспное, бессонницу, депрессию позволяет изменить уровень усталости [8].

Несмотря на то, что в последние десятилетия устойчиво наблюдается тенденция к уменьшению объема оперативных вмешательств при раке молочной железы, избежать лимфедемы не всегда удается. Наличие сопутствующих симптомов, таких как неприятные ощущения, связанные с хронической болью, снижение объема движения в конечности, косметический дефект, значительно влияет на показатели КЖ, которые определяются тяжестью и степенью выраженности постмастэктомического отека. Это и явилось побудительным моментом для разработки новых методик, ведущих к уменьшению количества осложнений, которые являлись бы альтернативной классической лимфаденэктомии [53].

На психическое здоровье значительное влияние оказывают опасение распространения рака, боязнь развития опухоли в другом органе, повышенная раздражительность, проблемы со сном [11]. В социальном аспекте ситуация нередко обостряется за счет повышенной конфликтности в семье. Многие из этих нарушений проходят в течение года с момента операции по поводу РМЖ [21].

У пациенток, состоящих в браке и имеющих детей, отмечается более высокое качество жизни по сравнению с одинокими женщинами. У молодых незамужних пациенток КЖ было значительно хуже,

чем у одиноких женщин более старшего возраста. У больных старше 60 лет качество жизни не отличается от среднепопуляционного. Некоторые исследователи считают, что уровень образования не оказывает влияния на качественную сторону жизни пациенток, перенесших рак молочной железы [44].

Немаловажным аспектом качества жизни для пациенток является сохранение сексуальности. Это постоянно изменяющийся жизненный опыт, в свете которого женщина воспринимает себя, свое тело. Многие специалисты обращают внимание на эту проблему. Даже в высококультурном обществе сохраняется «миф» о том, что женщины старшего возраста, перенесших лечение по поводу рака молочной железы, не волнует сексуальность, близость и что у них на первом месте стоит проблема выживания [27].

Нередко после лечения сохраняется сексуальная дисфункция, несмотря на улучшение других показателей, и до предоперационного уровня не восстанавливается [15]. На сексуальность влияют качество отношений с партнером, образование, возраст, время, прошедшее с момента постановки диагноза, характер оперативного вмешательства, общее здоровье, гормональный фон, осложнения, наблюдаемые при проведении химиотерапии, антиэстрогенного лечения — приливы, вагинальная сухость, выделения, вульварный зуд. Каждый из приведенных факторов в той или иной мере может влиять на сексуальную функцию, сексуальность. К оценке этого состояния необходимо подходить сугубо индивидуально и по возможности проводить корректирующие мероприятия, способствующие нормализации состояния [36].

В литературе имеются сведения о том, что факт установления диагноза РМЖ оказывал отрицательное воздействие на сексуальную жизнь каждой третьей пациентки. Однако анализ полученных объективных данных показал, что уровень их «сексуальности» был сопоставим с таковым в группе здоровых женщин, идентичных по возрасту и социальному положению [3]. Отрицательное воздействие радикальной мастэктомии на восприятие образа тела и сексуальность наиболее существенным образом проявляется среди молодых замужних женщин, а по мере увеличения возраста это состояние проявляется уже не так значительно [31, 55]. Сексуальность, восприятие картины собственного тела оказались этнически зависимы. У испанских женщин диагноз РМЖ вызывал более глубокие нарушения, чем у американских [49]. Изучение сексуальности у больных, перенесших лечение по поводу рака молочной железы, оценка их нового восприятия этой проблемы свидетельствуют о том, что независимо от возра-

ста женщины необходимо принимать во внимание и этот аспект жизни, как один из важных факторов, влияющих на КЖ [42].

Проводимый объем лечения также оказывает существенное воздействие на качество жизни пациентов. Так, имеются сведения о том, что во время проведения лучевой терапии и в течение первых 6 мес после ее окончания КЖ несколько ухудшается, в большей степени это отражается на сексуальной функции и социальной адаптации [16]. Однако есть данные, что лучевая терапия существенно не влияла на КЖ пациенток [14,17].

Среди женщин, которые проходили системную химиотерапию, было снижено физическое функционирование, общее здоровье, присутствовала боль. Некоторыми авторами показано, что химиотерапия достоверно снижает показатели, характеризующие КЖ [40]. Практически у всех женщин, получающих цитостатическую терапию, независимо от возраста наблюдалась половая дисфункция. При этом у пациенток старше 50 лет прием тамоксифена не оказывал отрицательного влияния на половую функцию [22].

Несмотря на то, что в последние годы наметилась устойчивая тенденция к омоложению больных, страдающих раком молочной железы, процент пациенток пожилого возраста остается высоким. Пожилые люди представляют собой гетерогенную группу. Для этого контингента больных оценка динамики параметров, отражающих качество жизни на фоне проводимого лечения, является крайне важной, поскольку отмечаемое снижение социальной адаптации, повышение депрессивности, нарушение когнитивных функций (память, внимание, концентрация) обусловлены не только наличием заболевания, но и возрастными изменениями [26].

При определении КЖ у пожилых пациенток (старше 65 лет) перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы, плохие показатели в основном касались физического здоровья, ролевого физического функционирования [28].

Анализ большого клинического материала (около 2000 больных РМЖ) показал, что определение качества жизни может рассматриваться и как прогностический критерий. По оценке КЖ в течение года после оперативного лечения выявлена прямая корреляционная зависимость с показателями общей выживаемости. В случае возникновения рецидива опухоли эта зависимость проявляется еще более значимо [14].

Исследование КЖ у пациентов, в анамнезе у которых был РМЖ, показало, что с течением времени физическое, эмоциональное функционирование, жизнеспособность были достоверно выше, чем в

общей популяции соответствующих возрастных групп. Это связывают с тем, что у оставшихся в живых после перенесенного лечения по поводу рака происходит переоценка ценностей, появляется смысл жизни, они больше следят за состоянием своего здоровья [17,35].

Стандартные опросники, такие как SF-36, EORTC QLQ-C30, FACT-G, не могут выявить тонкие различия в КЖ у женщин, перенесших различные виды хирургических вмешательств: радикальную мастэктомию, радикальную резекцию (РР). При такой оценке общий коэффициент качества жизни в группах практически одинаков. Это свидетельствует о необходимости разработки и использования дополнительных модулей или вопросов, способных выявить различия. Так, среди больных, перенесших РМЭ, удовлетворенность собственным видом, даже с течением продолжительного периода времени, отмечается достоверно реже, наблюдается устойчивая тенденция к снижению и эмоционального функционирования [29].

Некоторые специалисты, занимающиеся исследованием проблемы качества жизни, нередко задают вопрос: «форма или функция?». Поскольку после органосохраняющего лечения может наблюдаться снижение чувствительности кожи молочной железы, наличие боли, ограничение функции плечевого сустава, отек, то закономерно встает вопрос о том, как на этом фоне воспринимается эстетический эффект оперативного вмешательства по сравнению с радикальной мастэктомией? Оказалось, что чем лучше физическое здоровье, тем выше оценивается косметический эффект и выше показатели КЖ [7,50].

Если через месяц после операции преобладают физические страдания, то через год на первый план выходят психологические. Это связано со страхом возврата болезни, более глубоким нарушением картины собственного восприятия [48]. При этом пациентки, перенесшие радикальную резекцию, имели более высокую оценку изображения тела, меньше были обеспокоены относительно своей внешности, более приняты партнерами, свободны в выборе одежды. По основным аспектам, отражающим качество жизни, эти пациентки не отличались от больных, перенесших РМЭ [20].

Если рассматривать органосохраняющие операции, реконструкцию молочной железы с психотерапевтической точки зрения, то это, прежде всего, возможность стабилизировать психологическое состояние пациента: удовлетворенность внешним видом, свобода в выборе нижнего белья, одежды, возможность занятием спортом, повышение физического и сексуального функционирования [9]. Однако едино-

го мнения о преимуществах органосохраняющего лечения или реконструкции молочной железы после мастэктомии в аспекте психологической адаптации нет [52]. По-видимому, это может быть связано с тем, что нет единой методики оценки качества жизни.

Выполнение реконструкции молочной железы не всегда соответствует ожиданию женщины, потому что не всегда есть соответствие между социальным аспектом и состоянием здоровья [30]. Через год после операции, КЖ женщин, перенесших радикальную резекцию или мастэктомию с реконструкцией, не всегда бывает лучше, чем у пациенток, перенесших только РМЭ. В связи с этим наличие полной информации о возможном качестве жизни может значительно облегчить выбор объема операции [39].

Многие возникающие вопросы универсальны практически для всех больных РМЖ независимо от возраста, этнической группы, стадии болезни. В то же время любая женщина может столкнуться с уникальным набором проблем. Уровень травмирующего воздействия оперативного вмешательства и выход из создавшейся ситуации зависят от возраста, индивидуальности, социального статуса, семейных отношений, психологического настроения пациентки, жизненного опыта.

Нередко болезнь требует пересмотра ряда позиций и внесения изменений в жизненные устои. Знание того, насколько болезнь меняет жизнь пациентов, необходимо для оказания адекватной помощи - проведения психологической и социальной реабилитации [19].

Существующая практика послеоперационной реабилитации не всегда оказывает ожидаемый эффект. «Опыт» переживания РМЖ у женщин разных возрастов и разного психосоциального уровня проходит по-разному. А потому и помощь им должна строиться индивидуально, для того чтобы избежать возможных проблем [45]. В некоторых случаях элементы реабилитации следует проводить еще на дооперационном периоде, до начала лечения. И тогда последующий эффект приумножается и становится более эффективным. Нередко моделирование индивидуальных реабилитационных программ проходит без учета имеющихся сведений о КЖ [39]. Известно, что женщинам, перенесшим РМЖ, требуется особая психологическая поддержка. Однако в какой период, на каком этапе и в каком объеме - таких данных недостаточно [46]. Реабилитационные проекты, направленные на улучшение КЖ, реализация которых проводится в первые 6 месяцев после оперативного вмешательства, обходятся государству значительно дешевле, чем последующее лечение этих больных [41].

Главный критерий эффективности реабилитационных программ - это объективное улучшение КЖ [34].

Несмотря на огромный интерес к изучению проблемы качества жизни у онкологических больных, полученные результаты, в практической деятельности это используется недостаточно [43]. И этому есть несколько объяснений. С одной стороны, это то, что оценка всех составляющих КЖ проводится на субъективной основе, и это не всегда удовлетворяет клиницистов [54], а с другой - нередко возникающие проблемы при внедрении самих методик [18]. Они затратны, требуют времени, ресурсов, подразумевают индивидуальный подход к пациентам [5]. При работе с пациентами рекомендуется участие специально обученного человека [3]. В российских условиях это более чем сложная задача: низкая осведомленность врачей о возможности и необходимости исследования качества жизни, недостаток материальных ресурсов не способствуют проведению подобных исследований. Несмотря на все трудности в решении этой проблемы, представляется несомненным, что уже в недалеком будущем изучение качества жизни больных раком молочной железы будет рассматриваться как один из наиболее значимых методов оценки эффективности лечения и займет свою достойную нишу.

Литература

1. Асеев А.В., Васютков В.Я. Качество жизни больных раком молочной железы. Тверь: Фамилия, 1999. 96 с.
2. Вишневецкий А.А., М.И. Кути, Оленин В.П. Пластическая хирургия молочной железы. М: Медицина, 1987. 224 с.
3. Гарин А.М. Принципы и возможности современной эндокринной терапии опухолей. М.: Просветитель, 2000. 208 с.
4. Золтан Я. Реконструкция женской молочной железы. Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1989. 204 с.
5. Новик А.А., Попова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби, 1999. 140 с.
6. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю. Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита // Терапевтический архив. 1998. № 9. С. 53-57.
7. Amichei m., Caffo O. Quality of life in patients with early stage breast carcinoma treated with conservation surgery and radiotherapy. An Italian monoinstitutional study // Tumori. 2001. Vol. 87, № 2. P. 78-84.
8. Badger T. A., Braden C.J., Mishel M.H. Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer // Oncol. Nurs. Forum. 2001. Vol. 28, № 3. P. 567-574.
9. Bando M. Experiences of breast reconstruction following mastectomy in cases of cancer and evaluation of psychological aspects of the patients // Gan To Kagaku Ryoho. 1990. Vol. 17, № 4. P. 804-810.
10. Bernhard J., thorny C, Coates A.S. et al. Factors affecting baseline quality of life in two international adjuvant breast cancer trials. International Breast Cancer Study Group (IBCSG) // Br. J. Cancer. 1998. Vol. 78, № 5. P. 686-693.
11. Bleiker E.M., Pouwer E, van-der-Ploeg H.M. et al. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer:

- frequency and prediction // *Patient. Educ. Couns.* 2000. Vol. 40, № 3. P. 209-217.
12. *Bloom J.R., Stewart S.L., Johnston M., Banks P.* Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer // *Psychooncology*. 1998. Vol. 7, № 2. P. 89-100.
13. *Caiman K.C.* Quality of life in cancer patients - an hypothesis // *J. Me. Ethics*. 1984. № 10. P. 124-127.
14. *Coates A.S., Hurny C., Peterson H.F. et al.* Quality-of-life scores predict outcome in metastatic but not early breast cancer. International Breast Cancer Study Group // *J. Clin. Oncol.* 2000. Vol. 18, № 22. P. 3768-3774.
15. *Dorval M., Maunsell E., Deschenes L. et al.* Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls // *J. Clin. Oncol.* 1998. Vol. 16, № 2. P. 487-494.
16. *Dow K.H., Lafferty P.* Quality of life, survivorship, and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast-conserving surgery and radiation therapy // *Oncol. Nurs. Forum*. 2000. Vol. 27, № 10. P. 1555-1564.
17. *Edwards J.R., Cooper C.L., Pearl S.G. et al.* The relationship between psychosocial factors and breast cancer: some unexpected results // *Behav. Med.* 1990. Vol. 16, № 1. P. 5-14.
18. *Feld R.* Endpoints in cancer clinical trials: is there a need for measuring quality of life? // *Support Care Cancer*. 1995. № 3. P. 23-27.
19. *Fismen K., Osland I.J., Fismen E. et al.* Rehabilitering av kvinner med brystkreft. (Rehabilitation of women with breast cancer) // *Nor. Laegeforen.* 2000. Vol. 120, № 23. P. 2749-2754.
20. *Fung K. W., Lau Y., Fielding R. et al.* The impact of mastectomy, breast-conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women // *ANZ. J. Surg.* 2001. Vol. 71, № 4. P. 202-206.
21. *Gam P.A., Coscarelli A., Fred C et al.* Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life // *Breast Cancer Res. Treat.* 1996. Vol. 38, № 2. P. 183-199.
22. *Gam P.A., Rowland J.H., Desmond K., Meyerowitz B.E.* Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning // *J. Clin. Oncol.* 1998. Vol. 16, № 2. P. 501-514.
23. *Hack T.F., Cohen L., Katz J. et al.* Physical and psychological morbidity after axillary lymph node dissection for breast cancer // *J. Clin. Oncol.* 1999. Vol. 17, № j, p. H3-149.
24. *Hann D.M., Jacobsen P.B., Azzarello L.M. et al.* Measurement of fatigue in cancer patients: development and validation of the Fatigue Symptom Inventory // *Qual. Life. Res.* 1998. Vol. 7, № 4. P. 301-310.
25. *Hanson F.M., Suman V.J., Rummans T.A. et al.* Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase // *Psychooncology*. 2000. Vol. 9, №3. P. 221-231.
26. *Helgeson V.S., Cohen S., Schulz R., Yasko J.* Long-term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer // *Health. Psychol.* 2001. Vol. 20, № 5. P. 387-392.
27. *Hordern A.* Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer // *Cancer Nurs.* 2000. Vol. 23, JVa 3. P. 230-236.
28. *Jahkola T.* Self-perceptions of women after early breast cancer surgery // *Eur. J. Surg. Oncol.* 1998. Vol. 24, № 1. P. 9-14.
29. *Janni W., Rjosk D., Dimpfl T.H. et al.* Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I—III breast cancer—long-term follow-up of a matched-pair analysis // *Ann. Surg. Oncol.* 2001. Vol. 8, № 6. P. 542-548.
30. *Kasper A.S.* The social construction of breast loss and reconstruction // *Women's Health.* 1995. Vol. 1, № 3. P. 197-219.
31. *King M. T., Kenny P., Shiell A., Hall J., Boyages J.* Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics // *Qual. Life. Res.* 2000. Vol. 9, № 7. P. 789-800.
32. *Kreitler S., Chaichik S., Kreitler H.* The psychological profile of women attending breast-screening tests // *Soc. Sci. Med.* 1990. Vol. 31, № 10. P. 1177-1185.
33. *Latalski M., Kulik G.B., Skorzynska H, Zolnierczuk-Kieliszek D.* Rozpoznanie raka sutka u kobiet—implikacje psychospoleczne. (Social consequences of breast cancer in women suffering from the disease) // *Wiad. Lek.* 2001. Vol. 54, № 7-8. P. 391-398.
34. *Lev EX., Daley KM., Conner N.E. et al.* An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients // *Sch. Inq. Nurs. Pract.* 2001. Vol. 15, № 3. P. 277-294.
35. *Matthews B., Alex Baker, Frank Hann. et al* Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers // *Psychooncology*. 2002. Vol. 11, № 3. P. 199-211.
36. *Meyerowitz B.E., Desmond K.A., Rowland J.H. et al.* Sexuality following breast cancer // *J. Sex. Marital. Ther.* 1999. Vol. 25, № 3. P. 237-250.
37. *Mosconi P, Colozza M., Delaurenis M. et al.* Survival, quality of life and breast cancer // *Ann. Oncol.* 2001. № 3. P. 15-19.
38. *Nichol Michael, Venturini Francesc, Jones Jaso, Sherman Gen.* Quality of Life in a Breast Cancer Population Undergoing Adjuvant Treatment // *Proc. Annu. Meet. Am. Soc. Clin. Oncol.* 1999. № 18. P. 23-27.
39. *Nissen M.J., Swenson K.K., Ritz L.J. et al.* Quality of life after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures // *Cancer*. 2001. Vol. 91, № 7. P. 1238-1246.
40. *Olin J.J.* Cognitive function after systemic therapy for breast cancer // *Oncology (Huntingt)*. 2001. Vol. 15, № 5. P. 613-618.
41. *Ritz L.J., Nissen M.J., Swenson K.K. et al.* Effects of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer // *Oncol. Nurs. Forum*. 2000. Vol. 27, № 6. P. 923-932.
42. *Rogers Megan, Kristjanson Linda J.* The impact on sexual functioning of chemotherapy-induced menopause in women with breast cancer // *Cancer Nurs.* 2002. Vol. 25, № 1. P. 57-65.
43. *Rustoen T, Begnum S.* Quality of life in women with breast cancer: a review of the literature and implications for nursing practice // *Cancer Nurs.* 2000. Vol. 23, № 6. P. 416-421.
44. *Rustoen T., Mourn T., Wiklund L., Hanestad B.R.* Quality of life in newly diagnosed cancer patients // *J. Adv. Nurs.* 1999. Vol. 29, № 2. P. 490-498.
45. *Sammarco A.* Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer // *Cancer Nurs.* 2001. Vol. 24, № 4. P. 272-277.
46. *Scholten C, Weinlande G., Krainer M. et al.* Difference in patient's acceptance of early versus late initiation of psychosocial support in breast cancer // *Support. Care. Cancer*. 2001. Vol. 9, № 6. P. 459-464.
47. *Shapiro S.L., Lopez A.M., Schwartz G.E. et al.* Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables // *J. Clin. Psychol.* 2001. Vol. 57, № 4. P. 501-519.
48. *Shimozuma K., Ganz P.A., Petersen L., Hirji K.* Quality of life in the year after breast cancer surgery - what are the predictors // *Proc. Annu. Meet. Am. Soc. Clin. Oncol.* 1998. № 17. P. 165.
49. *Spencer S.M., Lehman J.M., Wynings C. et al.* Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients // *Health Psychol.* 1999. Vol. 18, № 2. P. 159-168.
50. *Stanton A.L., Krishnan L, Collins C.A.* Form or function? Part I. Subjective cosmetic and functional correlates of quality of life in women treated with breast-conserving surgical procedures and radiotherapy // *Cancer*. 2001. Vol. 91, № 12. P. 2273-2281.
51. *The WHOQOL Group.* What Quality of Life? // *World Health Forum*. 1996. Vol. 4. P. 354-356.
52. *Yurek D., Farrar W., Andersen B.L.* Breast cancer surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress // *J. Consul. Clin. Psychol.* 2000. Vol. 68, № 4. P. 697-709.
53. *Velanovich V, Szymanski W.* Quality of life of breast cancer patients with lymphedema // *Am. J. Surg.* 1999. Vol. 177, № 3. P. 184-187.
54. *Velicova G., Stark D., Selby P.* Quality of life instruments in oncology // *Eur. J. Cancer*. 1999. Vol. 35. P. 1571-1580.
55. *Wenzel L.B., Fairclough D.L., Brady M.J. et al.* Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment // *Cancer*. 1999. Vol. 86, № 9. P. 1768-74.

Поступила 31.01.05