

ISSN 2079-4193



9 772079 419779 >

# Паллиативная медицина и реабилитация

# Palliative Medicine and Rehabilitation

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

№ 4

октябрь-декабрь 2017 год

Основан в 1996 году

Свидетельство о регистрации  
средства массовой информации ПИ № ФС77-66436



Учредитель  
Благотворительный фонд паллиативной медицины  
«ВМЕСТЕ МЫ МОЖЕМ»

**Главный редактор – Г.А. Новиков, д.м.н., профессор**  
**Ответственный секретарь – С.В. Рудой, к.м.н., доцент**

### **Редакционная коллегия журнала**

Г.С. Баласанянц, д.м.н., профессор (С.-Петербург)  
А.В. Важенин, д.м.н., профессор, академик РАН (Челябинск),  
М.А. Вайсман, к.м.н., доцент (Москва),  
Е.С. Введенская, к.м.н. (Н. Новгород),  
Э.К. Возный, д.м.н., профессор (Москва),  
А.В. Гнездилов, д.м.н., профессор (Москва),  
С.И. Емельянов, д.м.н., профессор (Москва),  
В.С. Задионченко, д.м.н., профессор (Москва),  
М.Л. Кукушкин, д.м.н., профессор (Москва),  
Е.П. Куликов, д.м.н., профессор (Рязань),  
Э.В. Кумирова, д.м.н., профессор (Москва),  
А.Г. Малявин, д.м.н., профессор (Москва),  
Г.М. Манихас, д.м.н., профессор (С-Петербург),  
Е.В. Полевиченко, д.м.н., профессор (Москва),  
Э.Н. Праздников, д.м.н., профессор (Москва),  
Н.Н.Савва, к.м.н., доцент (Москва),  
И.А. Снимщикова, д.м.н., профессор (Орёл),  
В.И. Соловьев, д.м.н., профессор (Смоленск),  
С.В. Стражев, д.м.н., (Москва),  
С.В. Рудой, к.м.н., доцент (Москва),  
И.В. Шаймарданов, к.м.н., (Казань)  
В.И. Шахгильдян, к.м.н., доцент (Москва),  
Р.Ш. Хасанов, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН (Казань)

Журнал входит в **перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий**, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламных объявлениях.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале «Паллиативная медицина и реабилитация», возможна только с разрешения редакции.

Ответственный за выпуск О.В. Иванов

Формат 60x90 1/8. Тираж 1000 экз.

Адрес редакции:  
127055 г. Москва, Угловой пер. д.2,  
Благотворительный фонд паллиативной медицины  
«ВМЕСТЕ МЫ МОЖЕМ»

Телефон: (495) 229-87-78.

© Журнал «Паллиативная медицина и реабилитация».  
Журнал распространяется только по подписке.  
Индекс: 71668 — для индивидуальных подписчиков;  
71705 — для организаций.

Зарегистрировано в Министерстве печати РФ.  
Рег. ПИ № ФС77-66436

## СОДЕРЖАНИЕ

## CONTENTS

<b>КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	<b>CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH</b>
<i>Новиков Г.А., Зеленова О.В., Рудой С.В., Вайсман М.А., Крекнина Е.А., Абрамов С.И.</i> Экономические аспекты лечения хронической боли на примере прямых затрат для терапии боли слабой и умеренной интенсивности	<i>Novikov G.A., Zelenova O.V., Rudoy S.V., Vaysman M.A., Kreknina E.A., Abramov S.I.</i> Economic aspects of treatment of chronic pain by the example of direct costs for therapy of mild to moderate pain
5	5
<i>Секундова М.А., Сдвижков А.М., Яковенко И.Ю.</i> Трижды негативный рак молочной железы – особенности лечения	<i>Secundova M.A., Sdvizhkov A.M., Yakovenko I.Yu.</i> Three times negative breast cancer – treatment features
13	13
<i>Воробцова Е.С.</i> Содержание и технологии медико-социальной работы в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитационного профиля	<i>Vorobtsova E.S.</i> Subject matter and technology of medico-social work in the institutes of medico-social evaluation and rehabilitation area
19	19
<i>Харагезов Д.А., Полуэктов С.И.</i> Роль гормонов коры надпочечников в прогнозе эффективности комплексного лечения больных раком желудка и толстой кишки	<i>Kharagezov D.A., Poluektov S.I.</i> Role of hormones of adrenal cortex in predicting efficiency of complex treatment of patients with gastric and colon cancers
24	24
<b>ОБМЕН ОПЫТОМ</b>	<b>EXCHANGE OF EXPERIENCE</b>
<i>Каприн А.Д., Сулейманов Э.А., Филоненко Е.В., Хомяков В.М., Урлова А.Н.</i> Паллиативная хирургия в сочетании с интраоперационной фотодинамической терапией у больных раком желудка	<i>Kaprin A.D., Suleymanov E.A., Filonenko E.V., Khomyakov V.M., Urlova A.N.</i> Palliative surgery in combination with intraoperative photodynamic therapy in patients with gastric cancer
30	30
<i>Шарова О.Н., Важенин А.В.</i> Ценности в модели биопсихосоциальной реабилитации лиц с онкологическими заболеваниями	<i>Sharova O.N., Vazhenin A.V.</i> Values in the model of biopsychosocial rehabilitation of persons with oncological diseases
32	32
<i>Зинченко И.А.</i> Опыт работы кабинета паллиативной медицинской помощи ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28» города Волгограда	<i>Zinchenko I.A.</i> The experience of the office of palliative care of the State Educational Institution «Clinical polyclinic № 28» in the city of Volgograd
40	40
<b>ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ</b>	<b>PSYCHOTHERAPEUTIC ASPECTS</b>
<i>Булубаш И.Д., Грознова Е.В.</i> Психологические факторы, поддерживающие положительное мотивационное состояние у пациентов с последствиями спинномозговой травмы в период реабилитации	<i>Bulyubash I.D., Groznova E.V.</i> Psychological factors supporting a positive motivational state in patients with consequences of spinal cord injury during rehabilitation
42	42
<i>Березанцев А.Ю., Стржевец С.В.</i> Роль психотерапии в комплексной реабилитации пациентов с онкологической патологией	<i>Berezantsev A.Yu., Strazhev S.V.</i> The role of psychotherapy in complex rehabilitation of patients with oncological pathology
47	47
<b>МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ</b>	<b>GUIDELINES</b>
Минимально инвазивные хирургические технологии в паллиативной медицинской помощи (Продолжение)	Minimally invasive surgical technologies in palliative care (Continuation)
52	52

## ОТ РЕДАКЦИИ

### Уважаемые коллеги!

Уходящий 2017 год был насыщен событиями, имеющими непосредственное отношение к развитию паллиативной медицины в Российской Федерации. Эта тема остается одной из важнейших для социальной сферы и регулярно обсуждается на всех уровнях, включая руководство страны. Развитие паллиативной медицинской помощи в России признано приоритетным проектом, паспорт которого будет утвержден правительством в начале следующего года. Документ предусматривает ряд изменений законодательства в этой сфере. С целью дальнейшего содействия организации и развития в Российской Федерации системы паллиативной медицинской помощи 21-22 июня 2018 года состоится IX Общероссийский медицинский конгресс «Паллиативная медицина в здравоохранении Российской Федерации». Конгресс пройдет в здании Правительства Москвы (ул. Новый Арбат, 36). Организаторы Конгресса – Российская ассоциация паллиативной медицины, Российское межрегиональное общество по изучению боли, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова и Национальный медицинский исследовательский центр радиологии Минздрава России. Конгресс проводится при поддержке Общероссийской общественной организации «Общество врачей России» и Общероссийского общественного движения «Медицина за качество жизни».

В ходе работы Конгресса на пленарных заседаниях, круглых столах, симпозиумах и мастер-классах в рамках научной программы будут обсуждены актуальные проблемы: организации и методологии паллиативной медицинской помощи пациентам с онкологическими, неонкологическими и инфекционными заболеваниями; паллиативная медицинская помощь взрослому населению; паллиативная медицинская помощь детям; подготовка кадров для системы паллиативной медицинской помощи (преподаватели, врачи, медицинские сестры); доступность и эффективность лекарственных средств в паллиативной медицинской помощи; коррекция нарушений гомеостаза у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи; нутритивная поддержка в паллиативной медицинской помощи; инструментальные методы паллиативной медицинской помощи; психологическая поддержка и психотерапия в паллиативной медицине; проблемы долгосрочного ухода в паллиативной медицинской помощи.

В рамках Конгресса пройдет Конференция «Мультидисциплинарные подходы к терапии боли», а также симпозиумы и мастер-классы по проблеме: «Современные возможности диагностики, лечения и поддерживающей терапии при распространенных формах злокачественных новообразований».

Перечень конференций 2018 года представлен на сайте Российской ассоциации паллиативной медицины [http://www.palliamed.ru/actions\\_in\\_rf/](http://www.palliamed.ru/actions_in_rf/)

Документация по данным учебным мероприятиям будет представлена в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для непрерывного медицинского образования.

Приглашаем вас принять активное участие в развитии системы паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации и работе наших научно-практических мероприятий!

# КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 61:658.011.56

Новиков Г.А.<sup>1</sup>, Зеленова О.В.<sup>1,2</sup>, Рудой С.В.<sup>1</sup>, Вайсман М.А.<sup>1</sup>, Крекнина Е.А.<sup>2</sup>, Абрамов С.И.<sup>2</sup>

## ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ НА ПРИМЕРЕ ПРЯМЫХ ЗАТРАТ ДЛЯ ТЕРАПИИ БОЛИ СЛАБОЙ И УМЕРЕННОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

<sup>1</sup>ФГБОУ Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова<sup>2</sup>ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗСР РФ

Оценка технологий здравоохранения (ОТЗ) в условиях ограниченного бюджета — важная задача для организаторов здравоохранения и лиц, принимающих решения. В соответствии с «дорожной картой», принятой правительством РФ для развития паллиативной помощи, неотъемлемой частью является обеспечение пациентов современными противоболевыми технологиями. Создание клиничко-экономических симуляторов позволяет отвечать на две задачи: клинический выбор терапии в зависимости от степени болевого синдрома и экономические показатели прямых затрат при использовании различных анальгетиков.

Ключевые слова: оценка медицинских технологий, социальная стоимость болезни, паллиативная медицинская помощь, хронический болевой синдром, прямые затраты.

Assessment of health technologies in a limited budget is an important task for healthcare providers and decision-makers. In accordance with the roadmap adopted by the government of the Russian Federation for the development of palliative care, providing patients with modern analgesic technologies is an integral part. Creation of clinico-economic simulators allows to answer two tasks: clinical choice of therapy depending on the stage of pain syndrome and economic indicators of direct costs when using various analgesics.

Key words: evaluation of medical technologies, social cost of the disease, palliative care, chronic pain syndrome, direct costs.

**Новиков Г.А.** — д.м.н, профессор, заведующий кафедрой паллиативной медицины ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, novikov@pallimed.ru

**Зеленова О.В.** — д.м.н., руководитель отделения экономической оценки качества медицинской помощи ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, доцент кафедры паллиативной медицины ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, zelenova@mednet.ru

**Рудой С.В.** — к.м.н., доцент кафедры паллиативной медицины ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, rudoy@pallimed.ru

**Вайсман М.А.** — к.м.н., доцент кафедры паллиативной медицины ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, vaisman@pallimed.ru

**Крекнина Е.А.** — инженер-исследователь отделения экономической оценки качества медицинской помощи ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, krekhnina@mednet.ru

**Абрамов С.И.** — научный сотрудник отделения экономической оценки качества медицинской помощи ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, abramov@mednet.ru

### ВВЕДЕНИЕ

Распоряжением правительства РФ от 1 июля 2016 г. № 1403-р «Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования

в медицинских целях» обозначены шаги «дорожной карты» по доступности паллиативной медицинской помощи в стране. План мероприятий направлен на совершенствование механизмов государственного регулирования оборота наркотических и психотропных лекарственных препаратов и обеспечения граждан современными наркотическими и психотропными лекарственными препаратами при оказании помощи в стационарных и амбулаторных условиях. [1]. Одной из задач «дорожной карты» — внедрение в клиническую практику современных подходов к лечению болевого синдрома. Современные подходы в лечении, по опыту многих социально значимых заболеваний, требуют значительных расходов, которые зачастую не предусматриваются современным бюджетом, выделяемых на здравоохранение в целом и на лекарственное обеспечение в частности [2]. Поэтому вопросы экономического обоснования новых и инновационных медицинских технологий и их место в системе общей стоимости болезни (далее социальной стоимости болезни) являются актуальными и своевременными.

Проведение экономических оценок в здравоохранении нацелено на создание доказательной базы для принятия решений и влияние на процесс формирования и реализации политики регулятора в развитии ле-

чения социально значимых заболеваний [3]. Впервые в конце 1960-х годов был разработан и формализован метод расчета стоимости болезни, который подвергался критике некоторыми экономистами [4].

Через несколько десятилетий данный метод был внедрен в практику экономических исследований в здравоохранении в США и в последующем получил широкое распространение во всем мире. В настоящий момент большинство экономических исследований по оценке последствий заболеваний выполнено с применением именно этого метода. Данный подход позволяет ответить на такие вопросы, как расчет всех затрат, связанных с ведением больных на всех этапах оказания медицинской помощи, а также с нетрудоспособностью и преждевременной смертностью. Метод не предполагает сравнения эффективности медицинских вмешательств и применяется для изучения типичной практики ведения больных с конкретным заболеванием. Используется наиболее широко для достижения таких задач, как планирование затрат, определение тарифов для взаиморасчетов между субъектами системы здравоохранения и медицинского страхования [5,6].

Стоимость болезни определяет понесенные обществом издержки, включающие в себя помимо прямых расходов на лечение пациентов производственные потери, связанные с потерей трудоспособности и смертью работников, а также издержки нематериального характера (боль и страдания заболевших, его родственников и окружающих). Анализ стоимости болезни позволяет получить регулятору наглядную картину, оценивающую, во сколько обходится государству бездействие в сфере профилактики и лечения заболеваний или желание сэкономить на здравоохранении. Оценки используются также для формирования бюджета на здравоохранение, создания дополнительных экономических доказательств для развития профилактических программ, выделения средств на научные исследования для отдельных специфических заболеваний, для проведения анализа экономической эффективности внедрения новых технологий. В рамках использования метода стоимости болезни при определении потерь общества от заболевания рассматриваются две основные группы издержек: материальные издержки и нематериальные (или психологические) издержки.

К материальным издержкам относятся затраты на оказание медицинской помощи и расходы немедицинского характера, сопутствующие лечению заболевания, а также издержки, связанные с производственными потерями. К нематериальным издержкам относятся экономические оценки боли и страданий заболевших и членов его семьи, а также оценки ценности потерянной жизни.

Материальные издержки включают в себя: прямые издержки и косвенные издержки. Прямые издержки подразделяются на: медицинские издержки, или затраты на оказание медицинской помощи, немедицинские издержки.

К прямым медицинским издержкам относятся ресурсы, потребляемые в процессе лечения заболевания: расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, а также на оказание скорой и неотложной медицинской помощи; расходы на приобретение медикаментов и медицинских изделий; расходы на проведение профилактических мероприятий, расходы на оказание услуг по уходу и реабилитации.

К прямым немедицинским издержкам относятся следующие виды расходов: расходы, связанные с дополнительным медико-социальным уходом, с изменением образа жизни в связи с заболеванием (например, введение специальной диеты), расходы на обслуживание больных вне медицинских учреждений. Расходы на проведение научных исследований на популяционном уровне, транспортные расходы, необходимые для проезда до медицинского учреждения (расходы, связанные с необходимостью переезда в другую страну для получения необходимой медицинской помощи); и прочие расходы, такие как специфические расходы, напрямую не связанные с болезнью, но вызываемые последствиями болезни (например, пенсии).

Оценка прямых немедицинских издержек вызывает определенные сложности, что связано с отсутствием рутинно собираемой информации органами статистики, поэтому создание и внедрение клинико-экономических симуляторов позволят минимизировать ошибки в расчетах и предполагают, что данными программы может пользоваться сам практикующий доктор.

К косвенным издержкам относятся производственные потери, обусловленные потерей или снижением трудоспособности в результате заболевания, а также потерей определенных объемов производства, обусловленные преждевременной смертностью в результате заболевания. Если заболевание не приводит к потере объемов производства вследствие возвращения большинства граждан к труду, то такими видами издержек обычно пренебрегают.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ



Рис. 1. Структура издержек при анализе социальной стоимости болезни

Взяв за основу анализ социальной стоимости болезни, который делится на прямые затраты и косвенные, нами в отделении экономической оценки качества медицинской помощи разработан алгоритм создания клиничко-экономических симуляторов, позволяющих эффективно и качественно рассчитывать прямые затраты на любую когорту пациентов. Алгоритм состоит из блока создания и блока тестирования. Основным достоинством симулятора является отработка принятия решений о лечении тем или иным методом, без наступления реальных последствий [7]. Для удобства пользователей на каждом шагу симулятора имеются подсказки, с помощью которых легко освоить данную программу. Симулятор состоит из традиционных 5 блоков: история болезни пациента, опросники по болевому синдрому, выбор терапии, клиничко-экономические показатели и рекомендации и выводы.

История болезни пациента включает в себя следующие показатели: индивидуальные характеристики больного (возраст, пол, вес, рост), основной диагноз, перенесенное лечение. Критериями для определения степени болевого синдрома, которые используются в симуляторе, являются: продолжительность болевого синдрома (часы, дни, месяцы), интенсивность болевого синдрома – вычисляется симулятором после заполнения опросников по боли (визуальная аналоговая шкала боли, опросник определение нейропатического компонента и т.д.) или заполняется врачом на основе предыдущего сбора анамнеза у пациента; эффект от наркотических анальгетиков (да/нет), продолжительность ночного сна (в часах), прерывание сна от болевого синдрома, наличие или отсутствие нейропатического компонента болевого синдрома. При определенных условиях симулятор покажет наличие или отсутствие нестерпимой боли и необходимости купирования прорыва боли.

Данный блок требует детального описания, т.к. определение статуса пациента и характер его терапии включен в алгоритм принятия решения симулятором. Шкалы оценки боли, предназначены для определения интенсивности боли они позволяют оценить субъективные болевые ощущения, которые испытывает пациент в момент исследования. Наиболее широкое распространение получили вербальные, визуальные и цифровые шкалы, или шкалы, в которых сочетаются все три варианта оценки.

Вербальная рейтинговая шкала позволяет оценить интенсивность выраженности боли путем качественной словесной оценки. Интенсивность боли описывается определенными терминами в диапазоне от 0 (нет боли) до 4 (самая сильная боль). Из предложенных вербальных характеристик пациенты выбирают ту, которая лучше всего отражает испытываемые ими болевые ощущения.

Одной из особенностей вербальных рейтинговых шкал является то, что словесные характеристики

описания боли могут быть представлены на рассмотрение пациентов в произвольном порядке. Это поощряет пациента к тому, чтобы выбрать именно ту градацию боли, которая основана на семантическом содержимом [8, 9].

Таблица 1

#### Характеристика 4- и 5-балльных шкал оценки болевого синдрома

4-балльная вербальная шкала оценки боли		5-балльная вербальная шкала оценки боли	
Нет боли	0	Нет боли	0
Слабая боль	1	Слабая боль	1
Боль средней интенсивности	2	Боль средней интенсивности	2
Сильная боль	3	Сильная боль	3
		Очень сильная боль	4

При использовании вербальной описательной шкалы у пациента необходимо выяснить, испытывает ли он какую-либо боль прямо сейчас [10]. Если боли нет, то его состояние оценивается в 0 баллов. Если наблюдаются болевые ощущения, необходимо спросить: «Вы могли бы сказать, что боль усилилась, или боль невообразима, или это самая сильная боль, которую вы когда-либо испытывали?» Если это так, то фиксируется самая высокая оценка в 10 баллов. Если же нет ни первого, ни второго варианта, то далее необходимо уточнить: «Можете ли вы сказать, что ваша боль слабая, средняя (умеренная, терпимая, несильная), сильная (резкая) или очень (особо, чрезмерно) сильная (острая)?»

Таким образом, возможны шесть вариантов оценки боли:

- 0 – нет боли;
- 2 – слабая боль;
- 4 – умеренная боль;
- 6 – сильная боль;
- 8 – очень сильная боль;
- 10 – нестерпимая боль.

Если пациент испытывает боль, которую нельзя охарактеризовать предложенными характеристиками, например, между умеренной (4 балла) и сильной болью (6 баллов), то боль оценивается нечетным числом, которое находится между этими значениями (5 баллов).

Вербальную описательную шкалу оценки боли можно применять и у детей старше семи лет, которые способны ее понять и использовать. Данная шкала может быть полезна для оценки как хронической, так и острой боли.

Шкала одинаково надежна как для детей младшего школьного возраста, так и более старших возрастных групп. Помимо этого данная шкала эффективна и у различных этнических и культурологических групп, а также у взрослых с незначительными нарушениями познавательных способностей.

Лицевая шкала боли была создана в 1990 г. [11]. Авторы разработали шкалу с целью оптимизации

оценки интенсивности боли ребенком, используя изменение выражения лица в зависимости от степени испытываемой боли. Шкала представлена картинками семи лиц, при этом первое лицо имеет нейтральное выражение. Последующие шесть лиц изображают нарастающую боль. Ребенок должен выбрать то лицо, которое, по его представлению, лучше всего демонстрирует тот уровень боли, которую он испы-

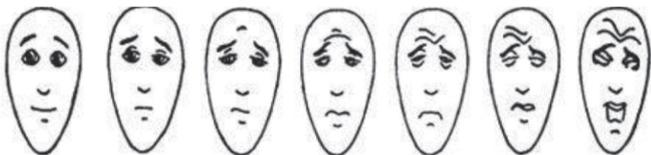


Рис. 2. Визуальное воспроизведение лицевой шкалы боли

тывает.

Лицевая шкала боли имеет несколько особенностей по сравнению с другими рейтинговыми лицевыми шкалами оценки боли. Во-первых, она в большей степени является пропорциональной шкалой, а не порядковой. Кроме того, преимуществом шкалы является и то, что детям легче соотнести собственную боль с рисунком лица, представленного на шкале, чем с фотографией лица. Простота и легкость использования шкалы делают возможным ее широкое клиническое применение. Шкала не валидизирована для работы с детьми дошкольного возраста.

В 2001 году Карл фон Байер со студентами из Университета в Канаде в сотрудничестве с организацией по изучению боли (Pain Research Unit) модифицировал лицевую шкалу боли, которая получила название модифицированной лицевой шкалы боли. Авторы вместо семи лиц в своей версии шкалы оставили шесть, сохранив при этом нейтральное выражение лица. Каждое из представленных в шкале изображений получило цифровую оценку в диапазоне от 0 до 10 баллов [12].

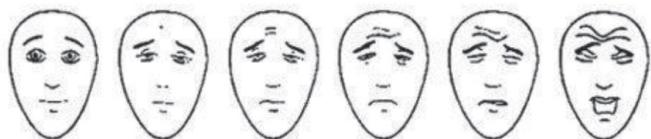


Рис. 3. Визуальное воспроизведение модифицированной лицевой шкалы боли

Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) — метод субъективной оценки боли заключается в том, что пациента просят отметить на неградуированной линии длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению «боли нет», правая — «худшая боль, какую можно себе представить». Как правило, используется бумажная, картонная или пластмассовая линейка длиной 10 см [13].

С обратной стороны линейки нанесены сантиметровые деления, по которым врач (а в зарубежных клиниках это обязанность среднего медперсонала)

отмечает полученное значение и заносит в лист наблюдения. К безусловным преимуществам этой шкалы относятся ее простота и удобство.

Также с целью оценки интенсивности боли можно использовать и модифицированную визуально-аналоговую шкалу, в которой интенсивность боли определяется также различными оттенками цветов.

Недостатком ВАШ является ее одномерность, т.е. по этой шкале больной отмечает лишь интенсивность боли. Эмоциональная составляющая болевого синдрома вносит существенные погрешности в показатель ВАШ.

При динамической оценке изменение интенсивности боли считается объективным и существенным, если настоящее значение ВАШ отличается от предыдущего более чем на 13 мм.

Числовая шкала боли, предложенная к использованию в 1993 году, имеет одну отрицательную особенность, которая не позволяет ее использовать часто у одного и того же пациента [14]. Оказалось, что при повторных тестах пациент, помня числовое значение предыдущего измерения, подсознательно воспроизводит не реально существующую интенсивность боли, а стремится остаться в области названных ранее величин. Даже при ощущении облегчения больной старается признать более высокую интенсивность, дабы не спровоцировать доктора на снижение дозы опиоидов и пр., — так называемый симптом страха повторной боли. Отсюда стремление клиницистов отойти от цифровых значений и заменить их словесными характеристиками интенсивности боли. Принцип же работы данной шкалы имеет схожие характеристики, как и вышеописанные, десятисантиметровый отрезок разбит метками, соответствующими сантиметрам. По ней пациенту легче, в отличие от ВАШ, оценить боль в цифровом выражении, он гораздо быстрее определяет ее интенсивность на шкале.

В 1995 году для больных хроническим панкреатитом была разработана еще одна шкала, которая позволяет оценивать интенсивность болевого синдрома [15]. Шкала включает в себя четыре критерия: частота приступов боли, интенсивность боли (оценка боли по шкале ВАШ от 0 до 100), потребность в анальгетиках для устранения боли (максимальная степень выраженности — потребность в морфине) и отсутствие работоспособности.

При использовании более одного анальгетика потребность в анальгетиках для устранения боли приравнивается к 100 (максимальная оценка). При наличии непрерывной боли она также оценивается в 100 баллов. Оценка по шкале производится путем суммирования оценок по всем четырем признакам. Индекс боли рассчитывается по формуле: Общая оценка по шкале 4. Минимальная оценка по шкале равна 0, а максимальная — 100 баллам. Чем выше оценка, тем интенсивнее боль и ее воздействие на пациента.

Следующим этапом симулятор предложит пользователю перейти к блоку выбора терапии, который соответствует ступени боли, диагностируемой у пациента.

Таблица 2

**Характеристики и признаки шкалы  
оценки интенсивности болевого синдрома  
для больных хроническим панкреатитом**

Признак	Характеристика	Оценка
Частота приступов боли	Нет	0
	Несколько раз в течение года (2-12 раз/год)	25
	Несколько раз в месяц (24-50 раз/год)	50
	Несколько раз в неделю (100-200 раз/год)	75
	Ежедневно (более 300 раз/год)	100
Интенсивность боли	Нет	0
	Невыносимая	100
Потребность в анальгетиках для устранения боли	Нет	0
	Аспирин	1
	Трамадол	15
	Бупренорфин	80
	Морфин	100
Длительность нетрудоспособности в течение прошлого года, обусловленной болью	Нет	0
	1-7 дней	25
	До 1 мес	50
	До 365 дней в году	75
	Постоянно	100

Так, после заполнения врачом всех типов опросников был поставлен диагноз слабой степени болевого синдрома, который должен быть купирован при помощи нестероидных противовоспалительных ЛП в сочетании гормональными препаратами. Выбор терапии осуществляется на основе непатентованных международных названий лекарственных препаратов (МНН), торговые наименования, соответствующих МНН, включены в симулятор по умолчанию и состоят из всего списка зарегистрированных в России

лекарственных препаратов. В зависимости от схемы терапии врач может выбрать любое ТН от оригинального препарата до воспроизведенных препаратов российского производства. В результате такой симуляции врач или лицо, принимающее решение, может видеть реальные затраты при покупке препаратов различных производителей. В случае необходимости симулятор может рассчитать и адьювантную терапию, то есть выбрать противорвотные (дексаметазон, преднизолон, метоклопрамид); препараты для лечения запоров (бисакодил, сенозиды А и В, лактулоза, натрия пикосульфат). Лекарственные препараты, включенные в симулятор, соответствуют регистру лекарственных средств, зарегистрированных на территории РФ, представлены по МНН с возможностью выбора определенного торгового наименования. Если ЛП входит в перечень ЖНВЛП, то цена, которую видит пользователь, соответствует официальной зарегистрированной цене, которую обязаны фиксировать производители при включении МНН в ограничительный список. В случае если ЛП не входят в ограничительный список, то симулятор предлагает средневзвешенную рыночную цену, которая может быть изменена пользователем.

На этой же странице симулятора, в случае необходимости купирования нейропатического компонента, пользователь может выбрать необходимую терапию: МНН Амитриптилин, Дулоксетин, Венлафаксин или Имипрамин. Для удобства пользователя по каждому МНН представлены рекомендованные среднесуточные дозировки.

В качестве примера представляем расчет стоимости терапии слабого болевого синдрома у пациента с ЗНО.

**Пациент А.** С целью анальгетического эффекта, назначено нестероидное противовоспалительное средство (НПВС): Sol. Ketonali (Ketoprofen) 100 mg в/м x 2 раза в день (10.00; 22.00). С целью потенцирования в купировании хронического болевого синдрома, уменьшения выраженности отека в области сдавления метастатическими опухолевыми образованиями мягких тканей и нервов, а также с целью улучшения аппетита и настроения назначается: Sol. Dexamethasoni 4 mg в/м x 1 раз в день – утром.

Таблица 3

**Пример расчета прямых затрат на лекарственную терапию слабого болевого синдрома (Пациент А)**

МНН	ТН	Форма выпуска	Производитель	Цена за уп., руб.	Суточная, мг	Курс лечения, дни	Стоимость терапии, руб.
Дексаметазон	Дексаметазон-Виал	р-р для ин. 4 мг/мл, 1 мл – ампулы, №25	СиЭсПиСиОуиФармасытикал Ко. Лтд Китай.	188,40	4	30	226,08
Кетопрофен	Кетонал	р-р для в/в и в/мыш введения 50 мг/мл, 2 мл, №10	Лек д.д. – Словения	182,89	200	30	1 097,34
Итого, руб							1 323,42

Стоимость терапии в данном случае будет составлять 1232 рубля на один месяц терапии.

**Пациент Б.** С целью уменьшения выраженности отека головного мозга назначается препарат с выраженной глюкокортикоидной активностью, обладающий сильным противовоспалительным и антиаллергическим действием: Sol. Dexamethasoni 8 mg в/м x 1 раз в день – утром. С целью купирования нейропатического компонента болевого синдрома и судорожного синдрома планируется назначение препарата группы антиконвульсантов: Tab. Carbamazepini 200 mg по 1 таб. per os x 3 раза в день (7.00; 15.00; 23.00). С целью купирования хронического болевого синдрома назначается нестероидное противовоспалительное средство (НПВС): Sol. Ketonali (Ketoprofen) 100 mg в/м x 3 раза в день (7.00; 15.00; 23.00). С гастропротекторной целью (предупреждение развития раздражения слизистой оболочки ЖКТ) назначается препарат группы ингибиторов протонного насоса (H<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>- АТФазы) париетальных клеток желудка: Caps. Omeprazoli 20 mg per os x 1 раз в день – вечером до еды.

В данном клиническом случае врачу потребуется более расширенный набор лекарственных препаратов, стоимость которых на 1 месяц терапии будет составлять 2838 рублей.

Лечение умеренной степени боли частично отличается от терапии слабой степени и представлено в следующих двух примерах.

**Пациент В.** С целью потенцирования в купировании хронического болевого синдрома, уменьшения выраженности отека в области сдавления опухолевыми образованиями мягких тканей и нервов, а также с целью улучшения аппетита и настроения назначены: Sol. Dexamethasoni 4 mg в/м x 1 раз в день – утром. С целью купирования хронического болевого синдрома назначается: Sol. Tramadoli 100 mg в/м x 4 раза в день (6.00; 12.00; 18.00; 24.00). С целью купирования чувства тошноты, предотвращения развития рвоты, назначается: Sol. Cerucali 10 mg в/м x 3 раза в день – за 40 минут до еды.

Как видно из таблицы, при такой клинической ситуации стоимость терапии на 1 месяц будет составлять 2195 рублей.

Таблица 4

#### Пример расчета прямых затрат на лекарственную терапию слабого болевого синдрома (Пациент Б)

МНН	ТН	Форма выпуска	Производитель	Цена за уп., руб.	Суточная, мг	Курс лечения, дни	Стоимость терапии, руб.
Дексаметазон	Дексаметазон-Ферейн	раствор для инъекций 4 мг/мл, 1 мл – ампулы, №25	ЗАО «Брынцалов-А» – Россия	137,64	8	30	330,34
Карбамазепин	Финлепсин ретард	таблетки пролонгированного действия 200 мг, №50	АВД, фармаГмБХ и Ко. КГ – Германия/ Менарини-Фон Хейден ГмБХ – Германия	150,58	600	30	271,04
Кетопрофен	Кетонал	р-р для в/в и в/м 50 мг/мл, 2 мл, №10	Лек д.д. – Словения	182,89	300	30	1 646,04
Омепразол	Гастрозол	капсулы 20 мг, №14	ОАО «Фармстандарт-Лексредства» – Россия	63,58	20	30	136,24
Итого, руб.:							2 383,66

Таблица 5

#### Расчет прямых затрат на терапию умеренной степени болевого синдрома (Пациент В)

МНН	ТН	Форма выпуска	Производитель	Цена за уп., руб.	Суточная, мг	Курс лечения, дн.	Стоимость терапии, руб.
Дексаметазон	Дексаметазон-Ферейн	р-р для инъекций 4 мг/мл, 1 мл – амп., №25	ЗАО «Брынцалов-А» – Россия	137,64	4	30	165,17
Трамадол	Трамадол	таблетки 100 мг, №10	ООО «Пронафар» – Россия	37,42	400	30	449,00
Метоклопрамид	Церукал	р-р для в/в и в/мыш введения, 5 мг/мл, 2 мл амп., №10	Тева Фармацевтические Предприятия Лтд – Израиль/МерклеГмБХ – Германия.	175,69	30	30	1 581,21
Итого, руб.:							2 195,38

**Пациент Г.** С целью потенцирования в купировании хронического болевого синдрома, уменьшения выраженности отека в области сдавления метастатическими опухолевыми образованиями мягких тканей и нервов, а также с целью улучшения аппетита и настроения назначается: Sol. Dexamethasoni 4 mg в/м х 1 раз в день – утром. С целью адекватного купирования хронического болевого синдрома назначается: Sol. Tramadoli 100 mg в/м х 4 раза в день (6.00; 12.00; 18.00; 24.00). С целью улучшения анальгетического эффекта назначается нестероидное противовоспалительное средство (НПВС): Tab. Ketonalretard (Ketoprofen – таблетки пролонгированного действия) 150 mg per os х 2 раза в день (10.00; 22.00). С гастропротекторной целью (предупреждение развития раздражения слизистой оболочки ЖКТ) назначается препарат группы ингибиторов протонного насоса (H<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>– АТФазы) париетальных клеток желудка: Caps. Omeprazoli 20 mg per os х 2 раза в день (утро/вечер) до еды.

**Пациент Д.** С целью удовлетворительного купирования хронического болевого синдрома назначается препарат группы агонистов-антагонистов опиат-

ных рецепторов: Sol. Tramadoli 100 mg в/м х 3 раза в день (7.00; 15.00; 23.00). С целью купирования нейропатического компонента болевого синдрома назначается препарат группы антиконвульсантов: Tab. Carbamazepini 200 mg по ½ таб. per os х 2 раза в день (10.00; 22.00). С целью снижения болевых ощущений в ротовой полости во время еды назначается регулярное орошение ротовой полости, перед каждым основным приемом пищи, раствором: Sol. Lidocaini 10%-4,0 + Sol. NaCl 0,9%-16,0, – по 5 ml.

В данной клинической ситуации стоимость терапии умеренной степени ХБС еще меньше и составила 497,50 рубля.

Данные расчеты показывают, что с учетом использования воспроизведенных лекарственных препаратов, преимущественно российского производства, мы можем обеспечить в полном объеме всех пациентов, относящихся к группе паллиативных, эффективным и качественным обезболиванием.

Расчет стоимости терапии выраженной степени боли и прорывов болевого синдрома будут представлены в следующей публикации.

Таблица 6

Расчет прямых затрат на терапию умеренной степени болевого синдрома (Пациент Г)

МНН	Торговое наименование	Форма выпуска	Производитель	Цена за уп., руб.	Суточная доза, мг	Курс лечения, дн.	Стоимость терапии, руб.
Дексаметазон	Дексаметазон-Ферейн	раствор для инъекций 4 мг/мл, 1 мл – ампулы, №25	ЗАО «Брынцалов-А» – Россия	137,64	4	30	165,17
Трамадол	Трамадол	таблетки 100 мг, №10	ООО «Пронафарм» – Россия	37,42	400	30	449,00
Кетопрофен	Артрум	таблетки пролонгированного действия 150 мг, №30	ОАО «Биосинтез» – Россия	215,00	300	30	430,00
Омепразол	Гастрозол	капсулы 20 мг, №14	ОАО «Фармстандарт-Лексредства» – Россия	63,58	40	30	272,50
Итого, руб.:							1 316,67

Таблица 7

Расчет прямых затрат на терапию умеренной степени болевого синдрома (Пациент Д)

МНН	ТН	Форма выпуска	Производитель	Цена за уп., руб.	Суточная, мг	Курс лечения, дн.	Стоимость терапии, руб.
Трамадол	Трамадол	таблетки 100 мг, №10	ООО «Пронафарм» – Россия	37,42	300	30	337,00
Карбамазепин	Финлепсин ретард	таблетки пролонгированного действия 200 мг, №50	АВД.фармаГмБХ и Ко.КГ – Германия/Менарини-Фон Хейден ГмБХ – Германия	150,58	200	30	90,35
Лидокаин	Лидокаин	раствор для инъекций 100 мг/мл, 1 шт., 2 мл – ампулы №10	ФГУП «Армавирская биологическая фабрика» – Россия	16,93	4	30	10,15
Натрия хлорид	Натрия хлорид	раствор 0,9%, 200 мл №1	ООО «Эллара»	25,00	16	30	60,00
Итого, руб.:							497,50

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Разработка и внедрение анализа социальной стоимости болезни позволяет проводить расчеты для пациента в реальной клинической практике, а не моделировать ситуации с множеством допущений, взятых из разных литературных источников.

Включение в симуляторы расчета прямых затрат опросников, алгоритмов и шкал, которые используют клиницисты в рутинной клинической практике, позволяет избежать технических ошибок в выборе терапии, контролирует врача в процессе сбора анамнеза и установки наличия или отсутствия нейропатического компонента боли.

Практическое применение представленного инструмента будет иметь место при создании и внедрении региональных моделей паллиативной медицинской помощи для облегчения расчетов и потребностей в лекарственных препаратах.

### Литература:

1. Распоряжение правительства РФ №1403-р от 01.07.2016 (<http://static.government.ru/media/files/DaN85XLloRHNChRA2o1kARbcmhPDcSP3.pdf>)
2. Зеленова О.В., Крекнина Е.А., Жилина В.В., Белякова Н.В. «Методология создания и использования клинико-экономических симуляторов для лиц, принимающих решения на примере нейроэндокринных опухолей ЖКТ и поджелудочной железы». Менеджер здравоохранения, 2016; 7:35-45
3. Johannesson M. Economic evaluation of health care and policymaking. HealthPolicy, 1995; 33:179-90
4. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1966/ Rice D.P. Estimating the Cost of Illness. American Journal of Public Health, 1967, 57: 424-440; / Rice D.P.,

- Hodgson TA, Kopstein AN. The economic costs of illness: a replication and update. Health Care Fin Rev, 1985, 7: 61-80
5. Rice D.P. Cost of illness studies: what is good about them? InjuryPrevention, 2000, 6: 177-179
  6. Luce B.R., Drummond M., Jonsson B., Neuman P.J., Schwartz J.S., Siebert U., et al. EBM, YTA and CER: clearing the confusion. Milbank Q. 2010 Jun; 88 (2): 256-76
  7. Rice D.P. Estimating the Cost of Illness. Health Economics Series, No. 6. DHEW Pub. No. (PHS) 947-6
  8. Ohnhaus, E.E., Adler, R., 1975. Methodological problems in the measurement of pain: a comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale.. Pain, Pain 1, 379-84.
  9. Frank, A.J., Moll, J.M., Hort, J.F., 1982. A comparison of three ways of measuring pain.. Rheumatol Rehabil, Rheumatol Rehabil 21, 211-7.
  10. Gaston-Johansson, F., Albert, M., Fagan, E., & Zimmerman, L., 1990. Similarities in pain descriptions of four different ethnic-culture groups. Journal of Pain and Symptom Management, 5, 94-100
  11. Bieri D., Reeve R.A., Champion G.D., Addicoat L., Ziegler J.B., 1990. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties.. Pain, Pain 41, 139-50.
  12. Hicks C.L., von Baeyer C.L., Spafford P.A., van Korlaar I., Goodenough B., 2001. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain. 2001 Aug; 93 (2): 173-83.
  13. Huskisson E.S. Measurement of pain. Lancet, 1974, 2, 1127-1131.
  14. McCaffery M., & Beebe A., 1993. Pain: Clinical Manual for Nursing Practice. Baltimore: V.V. Mosby Company
  15. Bloechle C., Izbicki J.R., Knoefel W.T. et al. Quality of life in chronic pancreatitis — results after duodenum-preserving resection of the head of the pancreas. Pancreas. 1995; 11: 77-85

Поступила 14.12.2017 г.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017  
УДК 618.19-006-07-08

Секундова М.А.<sup>1</sup>, Сдвижков А.М.<sup>2</sup>, Яковенко И.Ю.<sup>3</sup>

## ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

<sup>1</sup> Больница Центросоюза Российской Федерации – медицинское учреждение, г. Москва

<sup>2</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Онкологический клинический диспансер №1  
Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва

<sup>3</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общей хирургии лечебного факультета, г. Москва

Авторами представлены результаты лечения 128 пациенток операбельным трижды негативным раком молочной железы. Всем больным выполнено хирургическое вмешательство, объем которого зависел от стадии заболевания. Проведена оценка эффективности неoadъювантной и адъювантной химиотерапии, а также пред- и послеоперационной лучевой терапии. Проанализированы побочные эффекты различных видов лечения. Отслежена пятилетняя безрецидивная и общая выживаемость в данной группе больных. Сделано заключение о высокой степени эффективности примененных методик комплексного лечения операбельных форм трижды негативного рака молочной железы.

Ключевые слова: трижды негативный рак молочной железы, химиотерапия, хирургическое лечение, лучевая терапия.

The authors present the results of treatment of 128 patients with operable three times negative breast cancer. All patients underwent a surgical intervention, the volume of which depended on the stage of the disease. The efficacy of neoadjuvant and adjuvant chemotherapy, as well as pre- and postoperative radiotherapy, was assessed. Side effects of various types of treatment are analyzed. The five-year recurrence-free and overall survival in this group of patients was tracked. The conclusion about a high degree of efficiency of the applied methods of complex treatment of operable forms of thrice negative breast cancer is made.

Key words: triple negative breast cancer, chemotherapy, surgical treatment, radiation therapy.

**Секундова М.А.** – заведующая отделением онкологии Больницы Центросоюза Российской Федерации – медицинское учреждение

**Сдвижков А.М.** – главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Онкологический клинический диспансер №1 Департамента здравоохранения города Москвы», профессор кафедры общей хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

**Яковенко И.Ю.** – заведующий кафедрой общей хирургии лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

### ВВЕДЕНИЕ

Рак молочной железы является наиболее часто встречающимся злокачественным заболеванием у женщин и, по данным мировой статистики, достигает 22,9%. Заболеваемость РМЖ неуклонно возрастает, несмотря на снижение смертности от него благодаря внедрению скрининга и эффективной системной химиотерапии [1,2,3].

Трижды негативный РМЖ (ТНРМЖ) составляет около 8-20% всех опухолей молочной железы; встречается чаще у женщин молодого возраста (до 50 лет) до наступления менопаузы, у женщин с ранним менархе, первой беременностью в более раннем возрасте,

коротким периодом грудного вскармливания, повышенным индексом массы тела [4,5,6,7].

ТНРМЖ характеризуется отсутствием экспрессии РЭ, РП и HER-2, что существенно затрудняет лечение этого типа рака. Он представляет собой подтип опухолей с высоким риском прогрессирования заболевания, а также особым характером метастазирования, что приводит к раннему поражению внутренних органов и ЦНС. По результатам крупнейшего исследования, в которое были включены 12 858 больных ТНРМЖ, наиболее частой локализацией гематогенных метастазов оказались: головной мозг и легкие (соотношение вероятностей составило 5,32 и 2,27 соответственно), а метастатическое поражение костей оказалось в конце списка с отношением вероятностей – 0,23 [8,9,10,11].

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ непосредственных и отдаленных результатов комплексного лечения больных ТНРМЖ.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 128 больных с операбельным ТНРМЖ со сроком наблюдения 5 лет, находившихся на обследовании и лечении в ГБУЗ ОКД №1 ДЗМ в период с 2006 по 2008 г.

При составлении клинико-морфологической характеристики пациенток было выявлено, что медиана возраста больных составила 57 лет (от 31 года до 83 лет).

По данным гистологического исследования, у пациенток преимущественно встречался инфильтративный протоковый рак – 107 (83,6%).

Инфильтративный дольковый рак был верифицирован – у 14 (10,9%) больных, а инфильтративный дольково-протоковый – у 7 (5,5%) пациенток.

В подавляющем количестве случаев у больных была 3 степень злокачественности опухоли – 69 (53,9%) пациенток. 2 степень злокачественности опухоли – у 56 (43,8%) больных, а 1 степень – у 3 (2,3%) пациенток.

Большинство пациентов, по данным иммуногистохимического исследования, имели высокий индекс пролиферативной активности (Ki-67 > 19%) – 119 (93%). В 9 случаях (7%) индекс пролиферативной активности был меньше 19.

Таким образом, пациентки, включенные в исследование, характеризовались совокупностью неблагоприятных признаков: в 93% случаев опухоли характеризовались высоким индексом пролиферативной активности и в 97,7% случаев – 2-3 степенью злокачественности (рис. 1).

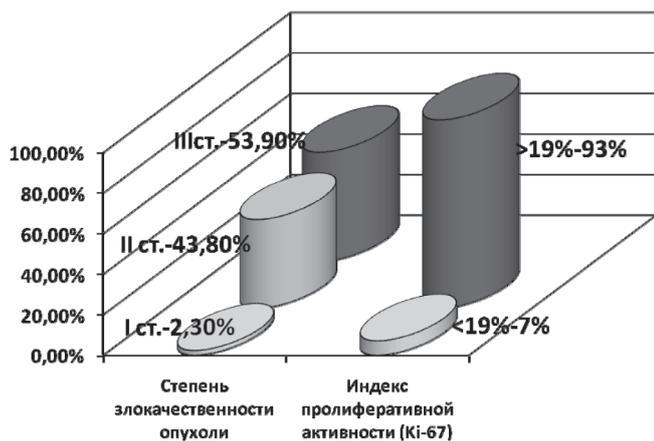


Рис. 1. Частота неблагоприятных признаков у больных с ТНРМЖ

На хирургическом этапе комплексного лечения пациенток с ТНРМЖ были выполнены четыре вида оперативных вмешательств: радикальная резекция молочной железы, радикальная мастэктомия по Мадден, радикальная мастэктомия по Пейти, радикальная мастэктомия по Холстеду (табл. 1).

В 97 случаях (75,8%) из 128 хирургическое лечение было проведено на первом этапе комплексного лечения. Распределение по стадиям этих пациенток представлено на рисунке 2.

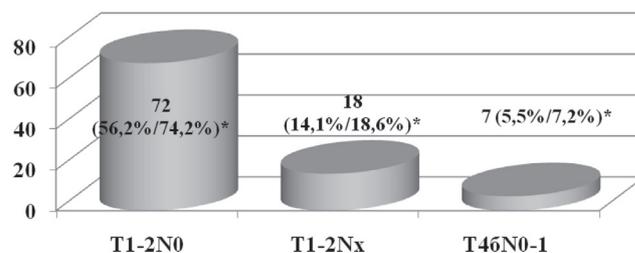


Рис. 2. Пациентки, которым хирургическое лечение было проведено на первом этапе комплексного лечения в зависимости от стадии заболевания

\* – % от общего числа пациенток / % от числа пациенток, которым проводилось хирургическое лечение на первом этапе

Неoadъювантная химиотерапия как составляющая комплексного лечения была проведена 31 пациентке (24,2%) по следующим показаниям: наличие верифицированных метастазов в регионарные (подмышечные и/или подключичные) лимфоузлы и/или инфильтративно-отечная форма рака молочной железы (рис. 3).

Для проведения неoadъювантной химиотерапии применялись две схемы химиотерапии:

– 1-я схема – САФ (циклофосфан 600 мг/м<sup>2</sup> + доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup> + 5-фторурацил 600 мг/м<sup>2</sup>) была применена 29 пациенткам, из них в 28 случаях было проведено 2 курса и 1–3 курса химиотерапии;

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств в зависимости от стадии заболевания

Стадия заболевания	Стадия заболевания по TNM	Число пациенток (%)	Вид операции (%*)			
			РР	РМЭ по Мадден	РМЭ по Пейти	РМЭ по Холстеду
I	T1N0M0	33 (25,8)	12 (9,4/36,4)	17 (13,3/51,5)	4 (3,1/12,1)	–
IIa	T1N1M0	3 (2,3)	1 (0,8/33,3)	1 (0,8/33,3)	1 (0,8/33,3)	–
	T2N0M0	39 (30,5)	6 (4,7/15,4%)	26 (20,3/66,6)	6 (4,7/15,4)	1 (0,8/2,6)
IIб	T2N1M0	28 (21,9)	5 (3,9/17,8)	7 (5,5/25)	15 (11,7/53,6)	1 (0,8/3,6)
	T1N2M0	1 (0,8)	1 (0,8/100)	–	–	–
IIIa	T2N2M0	1 (0,8)	–	–	1 (0,8/100)	–
	T46N0M0	3 (2,3)	–	–	3 (2,3/100)	–
IIIб	T46N1M0	15 (11,7)	–	4 (3,1/26,7)	10 (7,8/66,7)	1 (0,8/6,6)
	T46N2M0	5 (3,9)	–	2 (1,6/40,0)	3 (2,3/60)	–
ВСЕГО:		128 (100)	25 (19,5)	57 (44,5)	43 (33,6)	3 (2,4)

\* – % от общего числа пациенток / % от числа пациенток с данной стадией заболевания

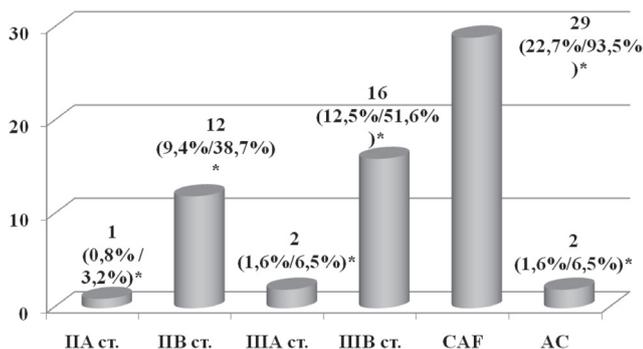


Рис. 3. Неoadъювантная химиотерапия в зависимости от стадии заболевания и схемы химиотерапии

\* – % от общего числа пациенток / % от числа пациенток, которым проводилась неoadъювантная химиотерапия

– 2-я схема – АС (доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup> + циклофосфан 600 мг/м<sup>2</sup>) была назначена 2 пациенткам, которым было проведено 4 курса химиотерапии.

Адьювантная химиотерапия была проведена 70 (54,7%) пациенткам при различных стадиях заболевания (рис. 4).

Применялись 4 схемы адьювантной химиотерапии:

– 1-я схема – CAF (циклофосфан 600 мг/м<sup>2</sup> + доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup> + 5-фторурацил 600 мг/м<sup>2</sup>), была проведена 46 пациенткам (65,8%), из них 38 больным (54,3%) было выполнено 4 курса и 8 (11,5%) – 6 курсов химиотерапии;

– 2-я схема – АС (циклофосфан 600 мг/м<sup>2</sup> + доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup>), была назначена 16 пациенткам (22,8%), из них 11 (15,7%) – 4 курса и 5 (7,1%) – 6 курсов химиотерапии;

– 3-я схема – 5-фторурацил 600 мг/м<sup>2</sup> + доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup>, была применена 5 пациенткам (7,1%), в количестве 4 курсов химиотерапии;

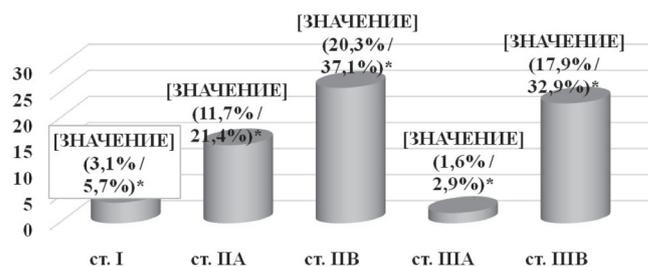


Рис. 4. Адьювантная химиотерапия в зависимости от стадии заболевания

\* – % от общего числа пациенток / % от числа пациенток, которым проводилась адьювантная химиотерапия

– 4-я схема – абитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> + доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup>, была проведена 3 пациенткам (4,3%), в количестве 4 курсов химиотерапии.

Лучевая терапия как составляющая комплексного лечения пациенток с ТНРМЖ проводилась как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде.

Основными показаниями к назначению лучевой терапии являлись: возможность выполнения органосохраняющего хирургического лечения (радикальная резекция молочной железы); наличие метастазов в 4 и более регионарных (подмышечных и/или подключичных) лимфоузлах, не спаянных между собой; наличие метастатического конгломерата лимфоузлов до начала лечения; инфильтративно-отечная форма РМЖ.

Предоперационная лучевая терапия была проведена 2 пациенткам (1,6 % от общего числа).

Одной больной (0,8 % от общего числа) с РМЖ стадии IIВ – T2N1M0 с целью уменьшения размеров первичной опухоли в суммарной очаговой дозе (СОД) – 20 Гр.

Таблица 2

Распределение пациенток с ТНРМЖ при проведении лучевой терапии

Стадия	Стадия по TNM	Общее число пациентов (%)	Число случаев проведения предоперационной лучевой терапии (%*)	Число случаев проведения послеоперационной лучевой терапии (%*)	СОД (Гр)
I	T1N0M0	33 (25,8)	–	12 (9,4/36,4)	42–55
IIa	T1N1M0	3 (2,3)	–	2 (1,6/66,7)	42–45
	T2N0M0	39 (30,5)	–	7 (5,4/17,9)	40–55
IIб	T2N1M0	28 (21,9)	1 (0,8/3,6)	8 (6,2/28,6)	20 40–50
	T1N2M0	1 (0,8)	–	1 (0,8/100)	50
IIIa	T2N2M0	1 (0,8)	–	–	–
	T4N0M0	3 (2,3)	–	2 (1,6/66,7)	50
IIIб	T4N1M0	15 (11,7)	–	5 (3,9/33,3)	44–60
	T4N2M0	5 (3,9)	1 (0,8/20)	2 (1,6/40,0)	25 60–66
ВСЕГО:		128 (100)	2 (1,6)	39 (30,5)	

\* – % от общего числа пациенток / % от числа пациенток, которым была проведена предоперационная или послеоперационная лучевая терапия при данной стадии заболевания

Другой пациентке (0,8 % от общего числа) – при РМЖ стадии ПШБ – Т46N2M0 с целью уменьшения отека молочной железы, т.к. по результатам проведения неoadъювантной химиотерапии была выявлена стабилизация, в СОД – 25 Гр.

Послеоперационная лучевая терапия была проведена 39 пациенткам (30,5%) (табл. 2).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведение комплексного лечения пациенток с ТНРМЖ обусловило необходимость оценки его непосредственных и отдаленных результатов.

При проведении хирургического этапа лечения пациенток с ТНРМЖ нами в послеоперационном периоде был отмечен ряд осложнений, которые были обусловлены прежде всего объемом выполненных оперативных вмешательств. В основном у пациенток были зафиксированы случаи развития лимфостаза верхней конечности – 35 случаев (27,3%); длительной лимфорреи – 18 случаев (14,1%); краевого некроза лоскута (после радикальной мастэктомии), в результате которого заживление послеоперационной раны происходило частично за счет вторичного натяжения – 2 случая (1,6%) (рис. 5).

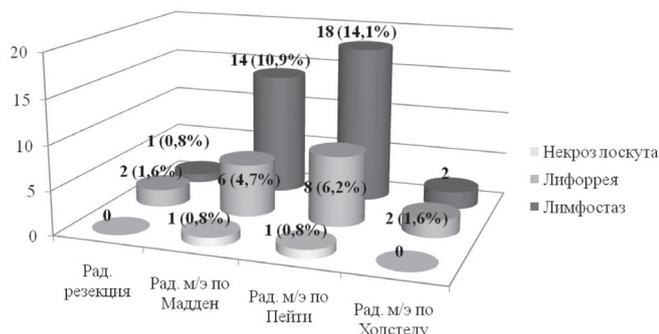


Рис. 5. Характер ранних послеоперационных осложнений в зависимости от вида хирургического вмешательства

Оценка эффективности неoadъювантной химиотерапии проводилась на основании результатов контрольного обследования (маммография и УЗИ молочных желез, подмышечных, над- и подключичных лимфоузлов) и данных о степени лечебного патоморфоза в опухоли, полученных в результате гистологического исследования операционного материала.

У 11 пациенток (35,5%) на фоне проведенной химиотерапии был достигнут полный регресс опухоли (лечебный патоморфоз 4-й степени); у 10 (32,2%) – частичная регрессия (патоморфоз 3-й степени); у 6 (19,4%) – стабилизация (патоморфоз 2-й степени); у 4 пациенток (12,9%) отмечено прогрессирование заболевания (патоморфоз 1-й степени) (рис. 6).

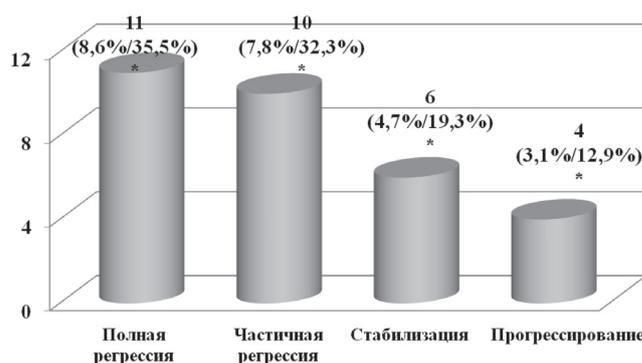


Рис. 6. Данные о лечебном эффекте неoadъювантной химиотерапии

\* – % от общего числа пациенток / % от числа пациенток, у которых была выявлена данная степень лечебного патоморфоза опухоли при данной степени заболевания

Помимо оценки эффективности неoadъювантной химиотерапии были проанализированы ее побочные эффекты, которые отмечались у всех (100%) пациенток. Основными проявлениями токсичности были гематологическая токсичность (лейкопения и тромбоцитопения), тошнота, рвота, стоматит, ладонно-подошвенный синдром и др. Вышеуказанные побочные эффекты требовали корректирующей симптоматической терапии, но не привели к отсрочке или отмене лечения (рис. 7).

Аналогичные результаты были получены и при оценке токсичности вышеуказанных схем адъювантной химиотерапии (рис. 7).

В двух случаях проведения предоперационной лучевой терапии был получен хороший лечебный эффект в виде частичной регрессии опухоли. Одной больной была проведена дистанционная гамма-терапия в суммарной очаговой дозе 20 Гр по поводу РМЖ II ст., второй 25 Гр – III ст.

У 39 пациенток (30,5%) на фоне проведения послеоперационной лучевой терапии отмечались следующие побочные реакции: повреждения кожи I степени были зарегистрированы у 14 больных (11,0%); II-III степени – у 3 (2,4%); лучевые повреждения подкожной клетчатки I степени – у 34 пациенток (26,6%), а II-III степени – у 5 (4%).

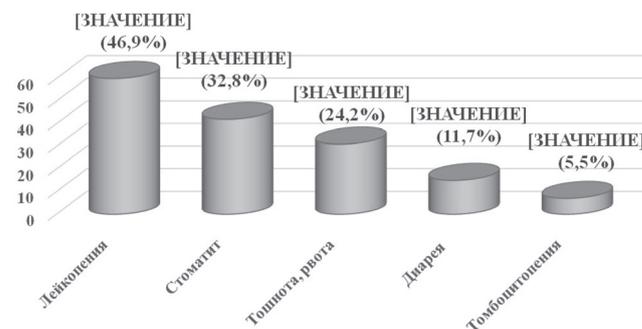


Рис. 7. Токсические реакции изученных режимов неoadъювантной и адъювантной химиотерапии

С целью оценки отдаленных результатов комплексного лечения пациенток с ТНРМЖ у 128 больных были прослежены сроки появления местных рецидивов и гематогенных метастазов в течение 5–6 лет, а также их локализация. Помимо этого была проведена оценка сроков безрецидивной и общей 5-летней выживаемости (рис. 8). Все полученные данные были обработаны в программе IBM SPSS Statistics, а также при помощи расчетов по методу Каплана-Мейера, что и позволило проанализировать результаты комплексного лечения пациенток с ТНРМЖ.

Из 128 пациенток у 3 (2,3%) на втором году наблюдения был выявлен локальный рецидив, медиана их появления составила 15 месяцев и 7 дней. Этим больным было проведено комплексное лечение по поводу РМЖ IIIб стадии.

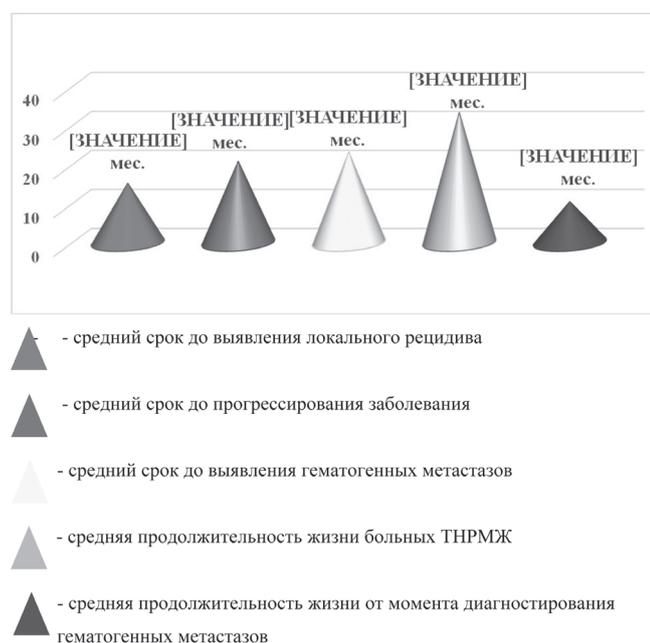


Рис. 8. Отдаленные результаты комплексного лечения

В результате наблюдения в течение 5 лет у 31 пациентки (24,2%) были диагностированы гематогенные метастазы. Следует отметить, что большая их часть

была выявлена на 2–3 годах наблюдения, в среднем – через 23 месяца и 6 дней от начала лечения (табл. 3).

Локализация гематогенных метастазов была достаточно разнообразной: в 9 случаях (7,03%) гематогенные метастазы были диагностированы в костях, в 5 случаях (3,91%) – в легких, в 5 случаях (3,91%) – в надключичных лимфоузлах, в 4 случаях (3,13%) – в печени, в 3 случаях (2,34%) – в плевре, по одному случаю (0,78%) – в коже и головном мозге. У 3 пациенток (2,34%) были выявлены сочетанные метастазы: в головной мозг и кости, легкие и кости, кожу и плевру (рис. 9).

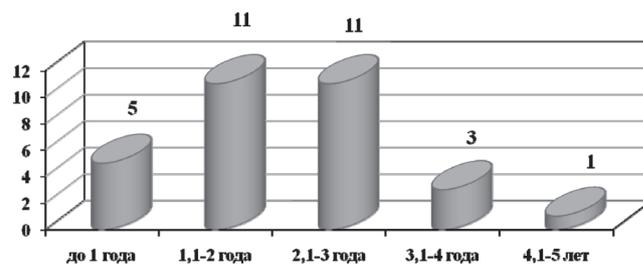


Рис. 9. Число больных с гематогенными метастазами на разных сроках наблюдения

Пятилетняя безрецидивная выживаемость у пациенток, получавших комплексное лечение по поводу ТНРМЖ, составила 75,8%: при I стадии – 28 больных (84,9%), при IIа – 34 пациентки (80,9%), при IIб – 23 случая (82,1%), при IIIа – 2 случая (100%), при IIIб – 10 больных (43,5%) (рис. 10).

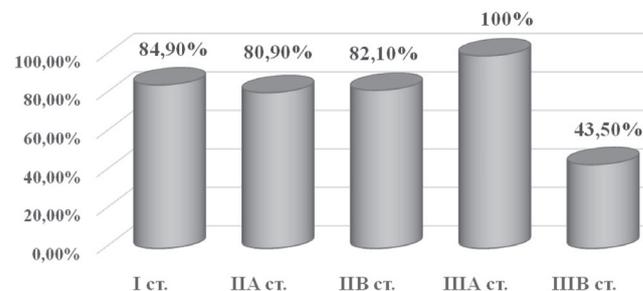


Рис. 10. Пятилетняя безрецидивная выживаемость в зависимости от стадии заболевания

Таблица 3

**Сроки диагностики гематогенных метастазов**

Стадия	Число пациенток (%)	Сроки диагностики гематогенных метастазов в годах (%*)						Число больных с мтс (%*)
		до 1	1,1-2	2,1-3	3,1-4	4,1-5	более 5	
I	33 (25,8)	–	1 (0,8/3,0)	3 (2,3/9,1)	–	1 (0,8/3,0)	–	5 (3,9/15,1)
IIа	42 (32,8)	2 (1,6/4,8)	3 (2,3/7,1)	2 (1,6/4,8)	1 (0,8/2,4)	–	–	8 (6,3/19,1)
IIб	28 (21,9)	–	3 (2,3/10,7)	2 (1,6/7,2)	–	–	–	5 (3,9/17,9)
IIIа	2 (1,6)	–	–	–	–	–	–	0
IIIб	23 (17,9)	3 (2,3/13,0)	4 (3,1/17,4)	4 (3,1/17,4)	2 (1,6/8,7)	–	–	13 (10,2/56,5)
ВСЕГО:	128 (100)	5 (3,9/16,1)	11(8,6/35,5)	11(8,6/35,5)	3 (2,3/9,7)	1 (0,8/3,2)	–	31 (24,2)

\* – % от общего числа пациенток/% от числа пациенток с данной стадией заболевания с выявленными на различных сроках метастазах

Общая пятилетняя выживаемость составила 77,3%: при I стадии – 28 больных (84,9%), при IIa – 36 пациенток (90,5%), при IIb – 23 случая (82,1%), при IIIa – 2 случая (100%), при IIIb – 10 больных (43,5%). Смерть на первом году наблюдения была зафиксирована у 1 больной (0,8%) (рис. 11).

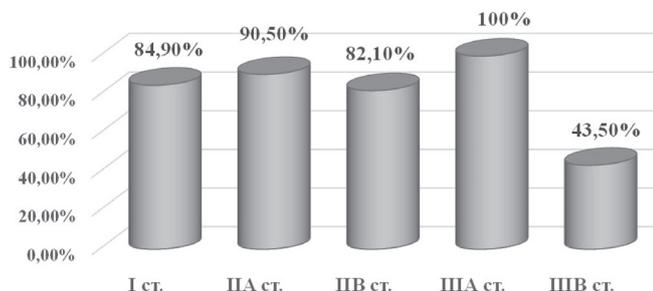


Рис. 11. Общая пятилетняя выживаемость в зависимости от стадии заболевания

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют о высокой степени эффективности примененных нами способов диагностики и схем комплексного лечения больных с операбельной формой ТНРМЖ.

### Литература:

1. Химиотерапия при метастатическом раке молочной железы. Маммология. Хирургия молочной железы [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://mammalogy.eurodoctor.ru/chemotherapybreastcancer>.
2. Parkin D.M. Black-white differences in cancer risk in Harare, Zimbabwe, during 1991-2010. /D.M. Parkin, E. Chokunonga, P. Windridge et al.// Int. J. Cancer. – 2016. – №138(6). – P.1416-1421.

3. Audeh W. Novel treatment strategies in triple-negative breast cancer: specific role of poly (adenosine diphosphate-ribose) polymerase inhibition. /W. Audeh// Pharmgenomics Pers. Med. – 2014. – №7. – P.307-316.
4. Bauer K.R., Brown M., Cress R.D., Parise C.A., Caggiano V. Descriptive analysis of estrogen receptor (ER)-negative, progesterone receptor (PR)-negative, and HER2-negative invasive breast cancer, the so-called triple-negative phenotype: a population-based study from the California cancer Registry. // Cancer. – 2007. – №9. – p.1721-1728.
5. Carey L.A. De-escalating and escalating systemic therapy in triple negative breast cancer. /L.A. Carey// Breast. – 2017. – №34(1) – P.112-115.
6. Carey L.A. Race, response to chemotherapy, and outcome within clinical breast cancer subtypes. /L.A. Carey, J.R. Tichy, A.M. Deal, C.K. Anders, K. Reeder-Hayes// Breast Cancer Res. Treat. – 2015. – №150(3). – P.667-74.
7. Livasy C.A. Dysregulation of the epigenome in triple-negative breast cancers: basal-like and claudin-low breast cancers express aberrant DNA hypermethylation. /C.A. Livasy, J.D. Roll, A.G. Rivenbark et al.// Exp. Mol. Pathol. – 2013. – №95(3). – P.276-287.
8. Mehta R.S. Clinical outcome of triple-negative breast cancer with BRCA mutation in the context of dose-dense and or metronomic chemotherapy. /R.S. Mehta, C. Liu// ASCO Annual Meet. – 2011. – P.1109.
9. Rakha E.A. Novel immunohistochemistry-based signatures to predict metastatic site of triple-negative breast cancers. / E.A. Rakha, S. Klimov, P.C. Rida et al.// Br. J. Cancer. – 2017. – №117(6). – P.826-834.
10. Поддубная И.В., Карселадзе А.И., Кулевич Е.Е. Морфология тройного негативного рака молочной железы // Архив патологии, 2010. – Т. 72, № 2. С. 8-12.
11. Поддубная И.В. Клиническая характеристика тройного негативного рака молочной железы // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2010. – Т. 22, № 1. С. 71-76.

Поступила 13.12.2017 г.

© Е. С. ВОРОБЦОВА, 2017  
УДК 364.044.4

Воробцова Е. С.

## СОДЕРЖАНИЕ И ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова,  
кафедра социальной медицины и социальной работы

*Медико-социальная работа как специфическое направление социальной работы имеет свои особенности в содержательной и технологической составляющих в зависимости от сферы охраны здоровья. В статье рассматриваются особенности медико-социальной работы в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитационного профиля. Демонстрируются ее возможности на различных этапах медико-социальной экспертизы, а также при реализации отдельных направлений медико-социальной реабилитации инвалидов. Анализируются направления и опыт деятельности социально-психологической службы, созданной в реабилитационном центре для детей-инвалидов вследствие онкологического заболевания.*

*Ключевые слова: медико-социальная работа, медико-социальная экспертиза, медико-социальная реабилитация, направления медико-социальной реабилитации инвалидов, содержание и технологии медико-социальной работы, специалист социальной работы, медико-социальная работа в бюро медико-социальной экспертизы, медико-социальная работа в реабилитационном учреждении.*

*Medico-social work as a specific area of social work has its own peculiarities in informatory and technological components depending on the sphere of health protection. In the article we examine peculiarities of medico-social work in the institutes of medico-social evaluation and rehabilitation area. We demonstrate its potential on different stages of medico-social evaluation, and also while implementing separate directions of medico-social rehabilitation of the disabled. We analyse directions and experience of social-psychological service, organized in rehabilitation facility organized for the children, disabled due to oncology disease.*

*Key words: medico-social work, medico-social evaluation, direction of medico-social rehabilitation of the disabled, subject matter and technology of medico-social work, social work specialist, medico-social work in the bureau of medico-social evaluation, medico-social work in the rehabilitation institution.*

**Воробцова Е.С.** — к.м.н., доцент, профессор кафедры социальной медицины и социальной работы Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

Социальная интеграция как главная цель медико-социальной реабилитации и/или абилитации инвалидов может рассматриваться как *процесс* и как *результат*. В первом случае социальная интеграция представляет собой процесс установления оптимальных связей между относительно самостоятельными малосвязанными между собой социальными объектами (индивидуумами, группами, социальными классами) с дальнейшим их превращением в единую, целостную систему, в которой согласованы и взаимозависимы ее части на основе общих целей, интересов. Социальная интеграция как результат представляет собой «выход» адаптированного инвалида в общество и принятие его другими членами группы и общества в целом.

Очевидным является тот факт, что социальная интеграция инвалидов представляет собой длительный и многотрудный процесс, успех которого зависит от усилий, предпринимаемых как самим инвалидом с его возможностями, желаниями и потребностями формирования максимально независимого образа жизни, так и готовности всех социальных институтов помочь ему в достижении этой цели, а именно — максимально восстановить нарушенные функции организма, уменьшить или компенсировать имеющиеся ограничения жизнедеятельности для полноценной жизни.

Ратификация Россией в последнее десятилетие ряда международных документов в области защиты

прав инвалидов, включая Конвенцию ООН о правах инвалидов, а также развитие отечественного законодательства в данной сфере, переход от медицинской к медико-социальной модели инвалидности, отказ от принципа «компенсации и изоляции» в пользу принципа «от того, что не могут инвалиды, к тому, что они могут», коренным образом изменил деятельность в отношении инвалидов таких социальных институтов, как здравоохранение, система социальной защиты, образование.

Несмотря на достигнутые успехи, сегодня существует множество препятствий для успешной социальной интеграции инвалидов. На наш взгляд, данный процесс затруднителен без:

- формирования толерантного отношения общества к инвалидам;
- создания комфортной (безбарьерной) окружающей среды;
- активного участия и поддержки инвалида семьей и его ближайшим окружением, т.е. превращения семьи инвалида из объекта в субъект реабилитационного процесса;
- создания сети реабилитационных учреждений, в первую очередь комплексных, на базе которых могут быть реализованы мероприятия всех необходимых направлений реабилитации/абилитации;
- формирования полипрофессиональных команд специалистов, участвующих в медико-социальной экспертизе, реабилитации и абилитации инвалидов;
- профессиональной подготовки/переподготовки специалистов различных профилей, участвующих в медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов;

– развития и совершенствования нормативной правовой базы, а также технологий медико-социальной реабилитации (абилитации), в том числе инновационных и др.

Последние обстоятельства определяют насущную потребность определения места и роли профессионального социального работника в этом процессе, а именно – разработке содержательной, технологической и организационной составляющей медико-социальной работы в процессе медико-социальной экспертизы и последующей комплексной реабилитации инвалида.

Среди федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы различного уровня особое место с точки зрения внедрения медико-социальной работы принадлежит бюро медико-социальной экспертизы. Перед специалистами данных учреждений стоят две основные задачи – признание в установленном порядке освидетельствуемого лица инвалидом, а также разработка, а при повторном освидетельствовании – оценка результатов реализации и корректировка Индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида).

В соответствии с решаемыми задачами процедура медико-социальной экспертизы состоит из нескольких этапов:

– клинико-функциональная диагностика (диагностика нарушений функций организма и степени их выраженности);

– диагностика характера и степени ограничений жизнедеятельности;

– реабилитационно-экспертная диагностика (определение реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза инвалида);

– определение потребностей инвалида в реабилитации и/или абилитации (разработка ИПРА инвалида).

В соответствии с этими задачами рассмотрим содержание и технологии медико-социальной работы на различных этапах проведения медико-социальной экспертизы.

В процессе клинико-функциональной диагностики врачами-экспертами проводится анализ имеющихся у освидетельствуемого лица признаков и причин инвалидности, включая диагностику стойких нарушений функций организма и др., что, безусловно, составляет предмет профессиональной деятельности именно врачей-экспертов.

Задачей второго этапа данной процедуры является оценка имеющихся у освидетельствуемого лица ограничений жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, контролю своего поведения, обучению, трудовой деятельности).

Диагностика ограничений жизнедеятельности в процессе экспертной оценки, проводимой в том числе с использованием специально оборудованных помещений (например, специально оборудованного модуля, включающего ванную комнату, кухню и др., для оценки ограничений возможности инвалида к самообслуживанию), относится, на наш взгляд, к компетенции не столько врачей-экспертов, сколько

специалистов социальной работы, а качество ее проведения во многом определяется профессиональными знаниями, умениями и навыками этого специалиста. Используемая при этом технология *социальной диагностики* относится к разряду традиционных технологий социальной работы в целом и медико-социальной работы в частности, как отдельного специфического направления социальной работы в охране здоровья граждан [2].

В процессе проведения третьего этапа медико-социальной экспертизы определяется реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз освидетельствуемого лица. Помимо медицинских характеристик, составляющих основу для их оценки, важным является и т.н. социальный компонент. В частности, реабилитационный потенциал освидетельствуемого лица зависит от свойств его личности – структуры потребностей, широты кругозора и круга интересов, психологического настроя на успех реабилитационных мероприятий; уровня образования инвалида, во многом обуславливающего понимание нужности, важности и веры в успех мероприятий восстановительного (реабилитационного) характера; имеющихся у инвалида финансовых и организационных возможностей для проведения реабилитационных мероприятий; доступности реабилитационных учреждений и услуг в соответствии с местом и условиями его проживания; степени сформированности безбарьерной для инвалида среды жизнедеятельности (бытовой, производственной, рекреационной) и, безусловно, желания и готовности семьи инвалида оказать ему необходимую поддержку и помощь – психологическую, финансовую и др. Без учета таких социальных характеристик, профессионально выявляемых и оцениваемых специалистом социальной работы, затруднительно корректно определить не только реабилитационный потенциал, но и реабилитационный прогноз.

Проведение в отношении каждого инвалида социальной диагностики по выявлению социальных факторов, способных оказать как позитивное, так и негативное влияние на реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз, отражает *принцип экосистемности* медико-социальной работы (учет в процессе ее осуществления всей системы взаимодействия человека с окружающей его средой в данной проблемной парадигме) и составляет профессиональное поле деятельности специалиста социальной работы, отражая элемент содержательной части его деятельности на данном этапе медико-социальной экспертизы [3].

Основными используемыми при этом технологиями медико-социальной работы являются социальная диагностика, в том числе социально-психологическая (инвалида и членов его семьи), консультирование самого инвалида, а также и его семьи по вопросам социально-правового, социально-психологического, социально-медицинского и иного характера, социальный патронаж семьи инвалида и др.

Важной содержательной составляющей деятельности специалиста социальной работы в процессе медико-социальной экспертизы является его участие в разработке ИПРА. Данный этап медико-социаль-

ной экспертизы предусматривает решение ряда задач: формулировка цели воздействия, выработка и выбор способов и организация воздействия, а также анализ и оценка результатов реабилитационных мероприятий по их завершении (при переосвидетельствовании, например) [1].

При формулировке цели воздействия с учетом реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза определяется возможность восстановления нарушенных функций организма инвалида, а при невозможности их восстановления — компенсации и/или замещения. В процессе постановки и решения данной задачи специалист социальной работы с учетом проведенной социальной диагностики также может внести свою лепту.

Результаты проведенного анализа социальных факторов, влияющих на успех реабилитации, позволяют профессиональному социальному работнику при разработке ИПРА участвовать и в решении следующей задачи — выборе способов реабилитационного воздействия, а также его организации. Решение данной задачи обуславливает участие специалиста социальной работы в уточнении целей воздействия в каждом конкретном случае, выборе адекватного инструментария социального воздействия (характер и объем реабилитационных мероприятий), а также подборе организаций реабилитационного профиля для осуществления всех мероприятий, запланированных в ИПРА.

Таким образом, участие специалиста социальной работы в процессе медико-социальной экспертизы необходимо и оправданно имеющимися у него знаниями, умениями и навыками в постановке социального диагноза, участия в формировании ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) с учетом социальных характеристик самого инвалида, его семьи и ближайшего окружения, а также выполнении роли координатора данной программы, ее корректировке и оценки результатов воздействия.

Успех комплексной реабилитации и абилитации инвалида, целью которой является социальная интеграция инвалида, также немало зависит от участия в ее осуществлении профессионального социального работника.

Сегодня сеть реабилитационных учреждений, относящихся к различным ведомствам — здравоохранению, системе социальной защиты населения, образования, неуклонно развивается. Деятельность большинства таких учреждений и организаций в соответствии с ведомственной принадлежностью сосредоточена преимущественно на одном направлении реабилитации — медицинском, профессиональном (психолого-педагогическом для ребенка-инвалида) или социальном. Однако в большинстве таких учреждений, как правило, реализуются несколько направлений реабилитации.

В штате таких учреждений с учетом ведущего направления их реабилитационной деятельности имеются специалисты различных профилей — медики, педагоги, дефектологи, психологи, специалисты по реабилитационной работе, специалисты социальной работы и др. Деятельность профессиональных социальных работников в таких учреждениях, на наш

взгляд, преимущественно должна заключаться в роли организатора и координатора всего процесса реабилитации.

К настоящему времени в ряде реабилитационных учреждений накоплен опыт деятельности полипрофессиональных бригад, т.е. совместной работы с инвалидом и его семьей всех специалистов, участвующих в реализации мероприятий, запланированных в ИПРА. Уже на этапе поступления инвалида в учреждение бригадой специалистов проводится медико-социальная диагностика инвалида и его семьи, вырабатывается план и последовательность реабилитационных мероприятий, запланированных в ИПРА, а в процессе реализации производится мониторинг с целью оценки промежуточных результатов, а при необходимости и их коррекция.

Социальная диагностика при поступлении инвалида в реабилитационное учреждение как технология медико-социальной работы направлена на уточнение социального статуса инвалида, его семьи и ближайшего окружения. Выявление социальных факторов, негативно влияющих на состояние здоровья инвалида, и их устранение (коррекция) благотворно влияет на сам процесс реабилитации, а также и его результаты.

Безусловно, доля участия специалиста социальной работы в осуществлении различных направлений реабилитации определяется его функциональными обязанностями в каждом конкретном учреждении (организации), профессиональными знаниями, умениями и навыками. Если при осуществлении мероприятий в рамках медицинского направления реабилитации специалист социальной работы лишь содействует их осуществлению в нужном объеме и сроках, в том числе помогая обеспечению, например, техническими средствами реабилитации медицинского характера (помощь в получении или приобретении на счет средств самого инвалида, а также и в поиске возможностей компенсации затрат, например), то участие данного специалиста в реализации мероприятий профессионального (психолого-педагогического для ребенка-инвалида) и социального направления реабилитации значительно шире.

В настоящее время все большее внимание уделяется возможности инвалидов продолжать свою профессиональную деятельность. Безусловно, работа для инвалида является не только возможностью материального самообеспечения, но важным механизмом самореализации и социальной интеграции в целом. Сегодня участие специалистов социальной работы в реализации мер профессионального направления реабилитации расширяется. Оно включает содействие в профессиональной ориентации, профессиональном обучении/переобучении, поиску работы, оборудовании рабочего места и адаптации инвалида в рабочем коллективе. На наш взгляд, такая работа с инвалидом может начинаться в реабилитационном учреждении с выяснения планов, возможностей и пожеланий самого инвалида на трудовую деятельность. Специалист социальной работы устанавливает контакты со службой занятости для постановки инвалида на учет в связи с поиском работы, а также содействует ему в необходимом профессиональном обучении/переобучении, формировании безбарьерной среды.

Велика роль специалиста социальной работы в организации и проведении мероприятий в рамках социального направления реабилитации: социально-психологическом, социально-педагогическом, социокультурном, а также социальной адаптации. Безусловно, в реабилитационных учреждениях, сосредоточенных на реализации именно этого направления реабилитации, например, в отделениях социальной реабилитации территориальных центров социального обслуживания, имеются широкие возможности для организации занятий творчеством, социальным туризмом, овладению навыками компьютерной грамотности и другими полезными знаниями и умениями, способствующими развитию коммуникативных навыков, организации досуга и отдыха инвалида.

Сегодня возможности учреждений по комплексной реабилитации инвалидов дифференцированы в зависимости от того, какому ведомству они принадлежат – здравоохранению, системе социальной защиты населения, образованию или др. Вместе с тем получение инвалидом реабилитационных услуг и помощи на базе одного учреждения выглядит оптимальным и отражает наметившуюся сегодня тенденцию развития сети именно таких комплексных реабилитационных учреждений.

Роль специалиста социальной работы как организатора и координатора всего процесса медико-социальной реабилитации инвалида обуславливает необходимость его тесного взаимодействия в процессе реабилитации инвалида с отделами социальной защиты населения (содействие реализации прав инвалида на социальную защиту и меры социальной поддержки, созданию безбарьерной среды жизнедеятельности), учреждениями образования (содействие обучению и профессиональной подготовки/переподготовки), медицинскими организациями (содействие реализации мероприятий медицинской реабилитации), учреждениями системы социального обслуживания (содействие реализации всех элементов социального направления реабилитации), учреждениями и организациями, реализующими мероприятия по адаптивной физической культуре и спорту для инвалидов, учреждениями службы занятости населения и др.

Показателен опыт организации медико-социальной работы в лечебно-реабилитационном центре «Русское поле» НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, в котором создана социально-психологическая служба, возглавляемая специалистом социальной работы [4].

Деятельность данной службы сосредоточена на следующих направлениях:

*Социально-диагностическое:*

- анализ социальных, психологических, правовых и иных проблем ребенка-инвалида и его семьи, связанных с заболеванием и лечением (сбор информации о социальном, психологическом, финансовом состоянии семьи, «сильные» и уязвимые ее стороны, потребности); планирование действий, направленных на преодоление имеющихся проблем и помощь семье;

- изучение проблем семьи по месту жительства и организация помощи в их решении – связь и взаимодействие с местной администрацией, органами здравоохранения, соцзащиты, образования и пр. в регионах (поскольку на реабилитацию в данное учрежде-

ние ребенок-инвалид с семьей нередко приезжает из других регионов страны);

- информирование всех членов полипрофессиональной команды специалистов о проблемах ребенка-инвалида и его семьи;

- участие совместно с другими специалистами в разработке персонализированных программ реабилитации ребенка, его сиблингов, родителей, а также их коррекции в ходе проведения реабилитационных мероприятий;

- оценка эффективности реабилитационных программ и выработка рекомендаций по продолжению реабилитации по месту жительства ребенка.

*Социально-адаптационное направление:*

- помощь в адаптации детей и родителей к пребыванию на базе ЛРНЦ (при поступлении ребенка в реабилитационный центр социальный работник знакомит детей и сопровождающих с его деятельностью, режимом дня, распорядком занятий, правилами для детей и родителей и пр.);

- выявление и коррекция неадекватных установок родителей относительно прогноза заболевания и перспектив реабилитации ребенка (профилактика отказов от реабилитации).

*Информационно-просветительское направление:*

- организация информационной поддержки родителей по медицинским, юридическим и иным вопросам;

- проведение работы по формированию культуры здорового образа жизни ребенка и его семьи;

- организация обучения ребенка в госпитальной школе;

*Социально-правовое направление:*

- оказание социально-правовой поддержки и содействие в получении юридической помощи по вопросам реализации прав ребенка-инвалида и его семьи;

- помощь семье в поиске дополнительных финансовых ресурсов, в том числе с привлечением негосударственных организаций, благотворительных фондов, спонсоров.

*Научно-исследовательское и учебно-методическое направление:*

- научно-исследовательская и научно-методическая работа (организация и проведение социологических исследований; участие в разработке комплексных реабилитационных программ, подготовка к изданию методических материалов для родителей ребенка-инвалида, научные публикации и пр.);

- участие в организации и проведении мероприятий в рамках повышения квалификации сотрудников учреждения (врачей, педагогов, среднего мед. персонала) по вопросам медико-социальной работы.

Учитывая, что до 80% детей-инвалидов приезжают на реабилитацию в данный центр из других субъектов Российской Федерации, одной из ключевых задач деятельности специалистов социальной работы является взаимодействие с администрацией регионов, органами соцзащиты, здравоохранения, образования по месту жительства. Для этого создана база данных с контактами руководителей субъектов РФ, руководителей органов соцзащиты, здравоохранения, образования, глав-

ных специалистов-детских онкологов, руководителей региональных детских противораковых организаций. Такая организация работы социально-психологической службы Центра обеспечивает помощь семье в решении серьезных социальных проблем, таких как получение жилья, реализация льгот, материальная поддержка, организация образования ребенка-инвалида и др. Кроме того, обеспечивается принцип преемственности медико-социальной работы с семьей ребенка-инвалида в Центре и по месту жительства.

С учетом этих двух направлений медико-социальная работа в данном реабилитационном центре организована на двух уровнях: I уровень — специалисты по социальной работе обеспечивают решение имеющихся у ребенка и его семьи проблем в период их пребывания в реабилитационном центре, II уровень — социальный работник (руководитель группы) обеспечивает связь с регионами.

Такая структура позволяет оперативно решать весь комплекс медико-социальных проблем и обеспечивает преемственность 1-го и 2-го этапов реабилитации с 3-м — амбулаторно-поликлиническим (диспансерным).

Оптимальная штатная обеспеченность социально-психологической службы: I уровень — 1 ставка специалиста социальной работы на 30–40 коек (одно клиническое отделение); II уровень — 1 ставка специалиста социальной работы (совмещает с исполнением обязанностей руководителя группы).

Трехлетний опыт деятельности службы показал, что такая организация медико-социальной работы в реабилитационном центре, осуществляемая профессионально подготовленными специалистами социальной работы, обеспечивает возможность оказания в процессе медико-социальной реабилитации/абилитации ребенку-инвалиду и его семье комплексной медико-социальной помощи не только медицинского и социально-психологического характера, но и в решении имеющихся в каждой семье инвалида социальных проблем: получении или улучшении жилья для формирования комфортной (доступной) для ребенка-инвалида жилищно-бытовой среды, материальной помощи, льгот и иных мер социальной поддержки, образования ребенка-инвалида и др.

На наш взгляд, такая модель может быть транслирована и в другие реабилитационные учреждения, где осуществляется комплексная реабилитация инвалидов не только вследствие заболеваний онкологического характера, но и других тяжелых, хронически протекающих и инвалидизирующих заболеваний.

Профессиональная подготовка специалистов социальной работы для деятельности в рассматриваемых учреждениях и организациях в настоящее время ведется во многих вузах (факультетах), обеспечивающих реализацию образовательных программ по направлению подготовки 39.03.02 «социальная ра-

бота». Среди них особо следует отметить те учреждения высшего образования, в которых подготовка будущих бакалавров/магистров социальной работы осуществляется по медицинскому профилю. Показателен в этой связи опыт Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, в котором на факультете социальной работы подготовка бакалавров социальной работы ведется в соответствии с профилем «медико-социальная работа с населением».

Для дальнейшего развития медико-социальной работы, внедрения ее в деятельность не только медицинских организаций системы здравоохранения, но и смежных систем (социальной защиты и социального обслуживания населения, образования), наряду с разработкой методического обеспечения деятельности профессиональных работников, развитием нормативной правовой базы их деятельности, совершенствованием технологий данного вида профессиональной деятельности в различных сферах охраны здоровья, а также анализа, обобщения и распространения опыта медико-социальной работы в учреждениях и организациях социальной сферы, важным, на наш взгляд, является популяризация медико-социальной работы во врачебном сообществе.

К сожалению, до настоящего времени среди врачей сложилось весьма узкое понимание социальной работы как деятельности по организации ухода за престарелыми и инвалидами. Не менее важно также понимание руководителями учреждений и организаций, в первую очередь системы здравоохранения, места и роли профессиональных социальных работников в охране здоровья граждан, включая их деятельность в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитационного профиля.

#### Литература:

1. Приказ Минтруда России от 31 июля 2015 г. № 528н. «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».
2. Воробцова Е.С., Мартыненко А.В., Овчинникова С.В. Социальная работа в системе паллиативной медицинской помощи // Паллиативная медицина и реабилитация, 2016. — №2. С. 14-21.
3. Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы: учебное пособие. — М.: Гардарики, 2007. — 156 с.
4. Цейтлин Г.Я., Гусева М.А., Антонов А.И., Румянцев А.Г. Медико-социальные проблемы семей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием, и пути их решения в практике детской онкологии // Педиатрия, 2017. — Т. 96, №2. С. 173–181.

Поступила 04.12.2017 г.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017  
УДК 616-006

Харагезов Д.А., Полуэктов С.И.

## РОЛЬ ГОРМОНОВ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ПРОГНОЗЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону

**Цель исследования:** Оценить значение экскреции гормонов коры надпочечников у больных раком желудочно-кишечного тракта на этапах комплексного лечения и в прогнозе течения заболевания.

**Материалы и методы:** Материалом для исследования послужили данные о 347 больных раком желудка и ободочной кишки преимущественно III стадии заболевания, находившихся на лечении с 2012 по 2015 г. включительно в ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ. Среди них у 247 был рак желудка и у 100 – рак ободочной кишки. Больным выполнялось оперативное лечение + неoadъювантный курс полихимиотерапии. На этапах лечения в суточной моче выявляли экскрецию суммарных (17-ОКС СМ) и свободных (17-ОКС СВ) оксикортикостероидов. Определяли кортизол (F), кортизон (E), их тетрагидроформы (ТНФ, ТНЕ).

О центральном звене регуляции судили по уровню кортикотропина (АКТГ) в плазме крови.

Состояние андрогенной зоны коры надпочечников изучали по суточной экскреции общих кетостероидов (17-КС общ.), их фракций дегидроэпиандростерона (ДГЭА), 17-ОН-17-КС, андростерона (А), этиохоланолон (Э).

Результаты исследования: было установлено, что развитие злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта в III и IV стадиях заболевания сопровождается существенными сдвигами в функционировании изучаемой системы.

**Выводы:** Эффективное противоопухолевое лечение сопровождается нормализацией метаболизма глюкокортикоидов, а соотношение кортизола к кортизону в суточной моче после лечения может быть использовано в качестве прогностического критерия его эффективности. Рост этого соотношения в 1,5 раза ( $p < 0,01$ ) свидетельствует о генерализации опухолевого процесса до клинических проявлений.

Содержание в суточной моче 17-кетостероидов и их фракций соответствует распространенности злокачественного процесса. После комплексного лечения у мужчин общее количество 17-кетостероидов увеличилось в 1,5 раза по сравнению с исходным уровнем, а у женщин это способствовало повышению дегидроэпиандростерона в 1,4 раза ( $p < 0,01$ ).

**Ключевые слова:** рак желудка, рак толстой кишки, кора надпочечников, глюкокортикоиды, андрогены.

**Objectives:** Assessment of the secretion of hormones by the adrenal cortex in patients with gastrointestinal cancer during the complex treatment and in the disease prognosis.

**Material and methods:** We analyzed the data of 347 patients with gastric ( $n=247$ ) and colon ( $n=100$ ) cancers (mainly stage III) treated at Rostov Research Institute of Oncology in 2012-2015. Patients received surgical treatment plus neoadjuvant polychemotherapy. The secretion of total (17-OCS T) and free (17-OCS F) oxycorticosteroids was determined in the daily urine. Cortisol (F), cortisone (E) and their tetrahydroforms (THF, THE) were measured. The central regulation unit was evaluated by the level of corticotropin (ACTH) in the blood plasma. The state of the androgenic zone of the adrenal cortex was studied by the daily secretion of total ketosteroids (17-KS T), their fractions of dehydroepiandrosterone (DHEA), 17-OH-17-KS, androsterone (A) and etiocholanolone (Et).

**Results:** The tumor development at stage III and IV gastrointestinal cancer was accompanied by significant changes in the function of the studied system.

**Conclusions:** Effective antitumor treatment was accompanied by the normalization of the metabolism of glucocorticoids, and the ratio of cortisol to cortisone in the daily urine after the treatment could be used as a prognostic criterion for its effectiveness. The rise of the ratio by 1.5 times ( $p < 0.01$ ) indicated the generalization of the tumor process before any clinical signs.

The levels of 17-ketosteroids and their fractions in the daily urine corresponded to the tumor extent. After the complex treatment, the total amount of 17-ketosteroids in men increased by 1.5 times compared to the initial levels, and treatment in women caused an increase in dehydroepiandrosterone by 1.4 times ( $p < 0.01$ ).

**Key words:** gastric cancer, colon cancer, adrenal cortex, glucocorticoids, androgens.

Харагезов Д.А. — к.м.н., врач-хирург, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Полуэктов С.И. — врач-хирург, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону

### АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эндокринной системе принадлежит важная роль в возникновении и росте злокачественных опухолей, в формировании противоопухолевой резистентно-

сти. Роль гормонов в развитии рака желудка, толстой кишки, а также значение эндокринных нарушений при этих новообразованиях изучены недостаточно, объясняются по-разному, а нередко вообще отрицаются. Однако в последние годы появляются единичные работы о том, что гормональный дисбаланс может служить фоном для развития рака желудка, а отдельные гормональные показатели являются прогностическими факторами исхода заболевания (Кучерова Т.И., 2002). Имеются также единичные работы о взаимосвязи нейроэндокринной системы и степени дифференцировки карциномы желудка (Юшков П.В., 1998): в структуре перстневидно-клеточного рака с высо-

кой частотой выявляются клетки с признаками эндокринной дифференцировки.

В злокачественных новообразованиях желудка установлено наличие рецепторов половых стероидов, в частности эстрогенов. В опытах *in vitro* показано, что при обработке клеток рака желудка человека различными концентрациями эстрадиола обнаружено его антипролиферативное действие. Интерес к половым гормонам привлекает и тот факт, что эти стероиды регулируют выделение фактора некроза опухоли макрофагами (Юшков П.В., 2003).

В настоящее время накоплен большой материал, свидетельствующий о важной роли гормонов коры надпочечников в патогенезе опухолевого процесса (Сидоренко Ю.С. и соавт., 1998). Надпочечники наряду с другими эндокринными железами активно вовлекаются в дисгормональную перестройку, сопутствующую развитию и росту опухоли. Значительная роль при этом отводится глюкокортикоидным и андрогенным стероидам.

Таким образом, представляется возможным говорить о значимом влиянии гормонов коры надпочечников на развитие рака желудка и толстой кишки. Дальнейшее исследование данных гормонов и эндокринных нарушений, участвующих в механизмах канцерогенеза, представляется актуальным. Работа в этом направлении должна способствовать появлению новых подходов к профилактике и лечению рака желудка и толстой кишки.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить значение экскреции гормонов коры надпочечников и состояние медиаторного статуса у больных раком желудочно-кишечного тракта на этапах комплексного лечения и в прогнозе течения заболевания.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для исследования послужили данные о 347 больных раком желудка и ободочной кишки преимущественно III стадии заболевания, находившихся на лечении с 2012 по 2015 г. включительно в ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ. Среди них у 247 был рак желудка и у 100 – рак ободочной кишки.

После клинико-рентгенологического, эндоскопического исследования, УЗИ, гистоверификации диагноза больные распределялись в группы исследования. В основной группе 92 больных раком желудка, получивших комплексное лечение, в контрольной группе – 95 больных, подвергшихся только хирургическому лечению, а 60 пациентам выполнены паллиативные операции. При раке толстой кишки комплексным методом пролечен 41 больной, в контрольной группе 39 получили только хирургическое лечение и 20 пациентам выполнены паллиативные операции.

Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Значительных отличий в группах по учитываемым параметрам не наблюдалось. Преобладали пациенты мужского пола старше 60 лет.

Распространенность злокачественной опухоли, ее гистотип уточнялся интраоперационно и при анализе удаленного препарата (или биопсии в случаях нерезектабельного процесса). Эти данные приведены в таблице 2.

Распределение по стадии и гистотипу рака желудка не имело достоверных отличий в группах пациентов, что позволило в дальнейшем оценить характерные особенности гормонального гомеостаза по ведущему критерию – выполнено ли удаление опухолевого очага или нет.

Все больные, включенные в исследование подвергнуты оперативному вмешательству, их судьба про-

Таблица 1

Распределение больных раком желудка в исследуемых группах по полу и возрасту

Метод лечения	Число случаев	Всего	Возраст (лет)			
			До 50	50-60	60-70 и более	
Комплексный	92 (37,2%)	Мужчины	53 (57,6%)	3	22	28
		Женщины	39 (42,4%)	7	14	18
Хирургический	95 (38,5%)	Мужчины	54 (56,8%)	4	26	24
		Женщины	41 (43,2%)	6	19	16
Паллиативный	60 (24,3%)	Мужчины	26 (43,3%)	6	13	7
		Женщины	34 (56,7%)	6	18	10
Всего	247 (100%)	Мужчины	163 (66%)	32 (13%)	112 (45,3%)	103 (41,7%)
		Женщины	114 (34%)			

Таблица 2

## Распределение больных раком желудка по стадиям и гистотипу

Метод лечения	Число случаев	Стадия		Гистотип	
		T <sub>3,4</sub> N <sub>0-2</sub> M <sub>0</sub>	T <sub>3,4</sub> N <sub>3</sub> M <sub>1</sub>	Аденокарцинома разной степени дифф.	Перстневидно-клеточный рак
Комплексный	92	92	–	53 (57,6%)	39 (42,4%)
Хирургический	95	95	–	68 (71,6%)	27 (28,4%)
Паллиативный	60	–	60	32 (53,3%)	28 (46,7%)
Всего	247	187	60	153 (61,9%)	94 (38,1%)

слежена в течение 1-3 лет. Эти данные представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, отдаленные результаты в контрольной группе были хуже преимущественно из-за возникновения генерализации злокачественного процесса. Существенных отличий по объему выполняемых операций не отмечено.

*Примечание:* в знаменателе дроби – число летальных исходов после операции.

Все пациенты с раком ободочной кишки основной группы подвергались курсу неoadъювантной-полихимиотерапии по схеме FOLFOX. Пациенты

контрольной группы лечились только хирургическим методом. Распределение клинических наблюдений по полу и возрасту представлено в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, существенных отличий в группах наблюдений не было и преобладали женщины преимущественно в возрасте 60 лет и старше.

Стадия и гистологическая структура рака уточнялись на операционном столе и при анализе макропрепаратов. Эти данные представлены в таблице 5.

Таблица 3

## Объем операций, сроки наблюдения в исследуемых группах больных раком желудка

Объем операции	Комплексное лечение (n=92)	Хирургическое лечение (n=95)	Паллиативное лечение (n=60)
Гастэктомия	68/2	72/4	
Субтотальная резекция желудка	24/0	23/1	
Гастроэнтероанастомоз, Пробная лапаротомия			60/7
Сроки наблюдения			
До 12 мес.	89	85	51
12-24 мес.	71	68	17
24-36 мес.	57	47	–

Таблица 4

## Распределение больных раком ободочной кишки в исследуемых группах по полу и возрасту

Метод лечения	Число случаев	Всего	Возраст (лет)			
			До 50	50-60	60-70 и более	
Комплексный	41	Мужчины	18 (43,9%)	3 (16,7%)	6 (33,3%)	9 (50%)
		Женщины	23 (56,1%)	3 (13%)	8 (34,8%)	12 (52,2%)
Хирургический	39	Мужчины	19 (48,7%)	1 (5,3%)	5 (26,3%)	13 (68,5%)
		Женщины	20 (51,3%)	2 (10%)	9 (45%)	11 (55%)
Паллиативный	20	Мужчины	11 (55%)	1 (9%)	2 (18,2%)	8 (72,7%)
		Женщины	9 (45%)	1 (11,2%)	3 (33,4%)	5 (55,3%)
Всего	100	Мужчины	48 (48%)	5 (10,4%)	13 (27,4%)	30 (62,5%)
		Женщины	52 (52%)	6 (11,5%)	18 (34,7%)	28 (53,9%)

Таблица 5

## Стадия и гистологическая структура рака ободочной кишки в исследуемых группах

Учитываемые параметры	Метод лечения		
	комплексный	хирургический	Паллиативный
Стадия: III, T <sub>3,4</sub> N <sub>1-2</sub> M <sub>0</sub> IV, T <sub>3-4</sub> N <sub>1-3</sub> M <sub>1</sub>	41 (100%)	39 (100%)	–
	–	–	20 (100%)
Аденокарцинома: Высокодифференцированная	21 (51,2%)	19 (48,7%)	5 (25%)
Среднедифференцированная	16 (39%)	15 (38,5%)	9 (45%)
Малодифференцированная	4 (9,8%)	5 (12,8%)	6 (30%)

Таблица 6

## Объемы операций, их исходы в изучаемых группах больных раком ободочной кишки

Объем операции	Метод лечения		
	Комплексный n=41	Хирургический n=39	Паллиативный n=20
Гемиколэктомия: справа слева	19 (46,3%) 15 (36,6%)	16 (41%) 11 (28,2%)	–
Резекция поперечно-ободочной кишки	2 (4,9%)	3 (7,7%)	–
Резекция сигмовидной кишки	3 (7,3%)	5 (12,8%)	–
Обструктивная резекция	2 (4,9%)	4 (10,3%)	–
Обходной анастомоз, пробная лапаротомия	–	–	16 (80%) 4 (20%)

**Примечание:** знаменатель – число летальных исходов после операции

Данные таблицы показывают отсутствие значимых отличий в основной и контрольной группах по стадии и гистотипу опухоли ( $p > 0,05$ ).

Объемы и исходы оперативных вмешательств представлены в таблице 6.

Данные таблицы 6 демонстрируют отсутствие значимых различий между основной и контрольной группами по характеру произведенных операций.

### ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В суточной моче выявляли экскрецию суммарных (17-ОКС СМ) и свободных (17-ОКС СВ) оксикортикостероидов. Определяли кортизол (F), кортизон (E), их тетрагидроформы (ТНФ, ТНЕ).

О центральном звене регуляции судили по уровню кортикотропина (АКТГ) в плазме крови.

Состояние андрогенной зоны коры надпочечников изучали по суточной экскреции общих кетостероидов (17-КС общ.), их фракций дегидроэпиандростерона (ДГЭА), 17-ОН-17-КС, андростерона (А), этиохоланолон (Э).

Полученные результаты сопоставлялись с данными исследования группы здоровых лиц, включающей не менее 20-25 человек.

Статистическую обработку результатов проводили параметрическим и непараметрическим методами. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было установлено, что развитие злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта в III и IV стадиях заболевания сопровождается существенными сдвигами в функционировании изучаемой системы.

Глюкокортикоидная активность надпочечников у большинства больных была повышена (рис. 2). Если при III стадии заболевания повышение отмечалось почти у 70% больных, то при IV – у всех обследованных.

Исследование экскреции надпочечниковых андрогенов указывало на дисфункцию сетчатой зоны коры надпочечников. Экскреция 17-кетостероидов изменялась в зависимости от пола больных и от степени распространенности опухоли.

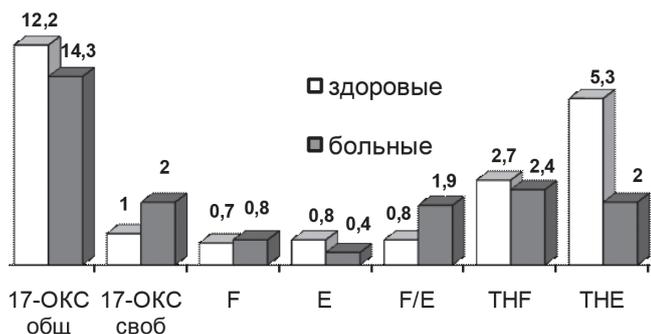


Рис. 2. Результаты изучения глюкокортикоидной системы

левого процесса. У женщин, находившихся в III стадии заболевания, отмечалось снижение только дегидроэпиандростерона и 11-оксигидро-17-кетостероидов, а у женщин с IV стадией заболевания произошло уменьшение экскреции, кроме этих стероидов, еще андростерона и этиохоланолона (рис. 3).

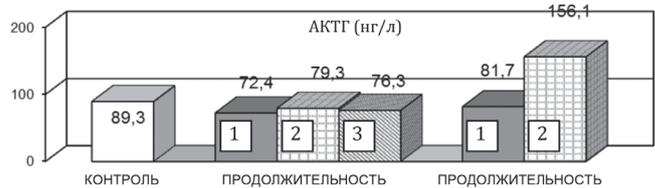
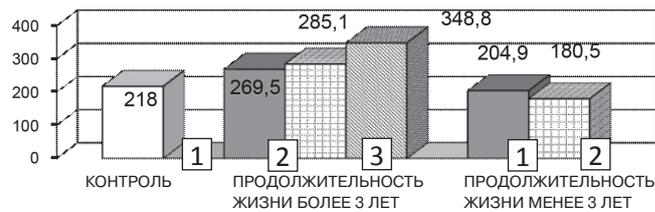
У мужчин при III и IV стадиях заболевания значительное снижение выведения с мочой 17-кетостероидов происходило в основном за счет дегидроэпиандростерона, андростерона и этиохоланолона. Экскреция 11-оксигидро-17-кетостероидов не изменялась.

Проведенные исследования показали, что оперативное вмешательство осуществляется на фоне глубоких нарушений гомеостаза, вызванных злокачественным процессом.

Эффективность лечения, как известно, в значительной степени определяется состоянием адаптационных возможностей организма, в формировании которых эндокринная система занимает одно из ведущих мест (Гриневич Ю.А. и соавт., 1986). Изменение гормонального баланса у больных раком желудочно-кишечного тракта после комплексного лечения еще раз подтвердило некоторое угнетение у них защитно-приспособительных реакций организма.

Оценка результатов исследования глюкокортикоидной активности коры надпочечников позволила установить прогностический критерий эффективности лечения больных раком желудка (рис. 6). Увеличение соотношения кортизола к кортизону (коэффициент F/E в суточной моче) в послеоперационном периоде свидетельствует о доклиническом проявлении прогрессирования заболевания. Определение данного коэффициента, на наш взгляд дает информацию о прогнозе, что позволит своевременно провести адъювантные противоопухолевые мероприятия.

Исследование активности андрогенной зоны коры надпочечников в ранний и поздний (через 12 месяцев) послеоперационный периоды определило ее стойкую гипофункцию, наиболее выраженную у мужчин.



- 1 3-6 мес. после операции
- 2 12-14 мес. после операции
- 3 24-36 мес. после операции



- 1 3-6 мес. после операции
- 2 6-12 мес. после операции
- 3 12-24 мес. после операции

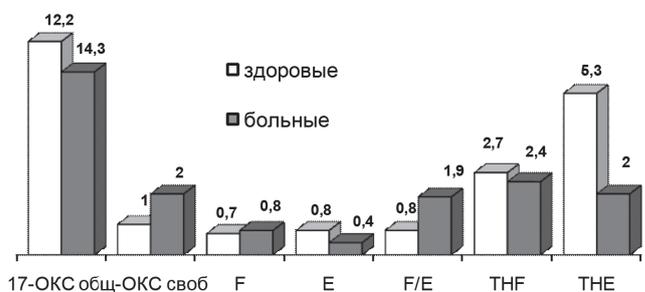


Рис. 6. Показатели гипофиз-надпочечниковой системы в зависимости от продолжительности жизни

Исследование гормонального баланса на этапах комплексного лечения показало, что проводимое лечение нормализовало экскрецию глюкокортикоидных гормонов и их соотношение между собой. Экскреция 17-кетостероидов при этом повысилась как у мужчин, так и у женщин, причем за счет увеличения всех андрогенных фракций (рис. 7).

Следует обратить внимание на содержание дегидроэпиандростерона у женщин. Исходно низкий уровень этого гормона после предоперационного курса химиотерапии повысился до нормы. После завершения комплексного лечения баланс кортизола и кортизона у всех пациентов соответствовал контро-



Рис. 7. Экскреция 17-кетостероидов у больных раком желудка в отдаленные сроки после комплексного лечения (мкмоль/сут.)

лю и оставался стабильным на протяжении 12 месяцев. Что касается 17-кетостероидов, то их содержание в моче больных мужчин повысилось, но осталось ниже нормы. При этом наиболее значимые изменения в экскреции андрогенов произошли с активными стероидами: андростероном и дегидроэпиандростероном. У женщин при данном способе лечения следует отметить повышение уровня дегидроэпиандростерона по сравнению с хирургическим методом, что, на наш взгляд, является показателем благоприятного течения болезни.

Таким образом, изучение метаболизма гормонов коры надпочечников у больных раком желудка и толстой кишки позволило выявить качественные и количественные сдвиги, свидетельствующие о том, что в сложной цепи патогенеза этих заболеваний существенная роль отводится нейроэндокринным нарушениям, которые наступают раньше клинических проявлений, что может быть использовано в качестве прогноза течения заболевания.

## ВЫВОДЫ

Эффективное противоопухолевое лечение сопровождается нормализацией метаболизма глюкокортикоидов, а соотношение кортизола к кортизолу в суточной моче после лечения может быть использовано в качестве прогностического критерия его эффективности. Рост этого соотношения в 1,5 раза ( $p < 0,01$ ) свидетельствует о генерализации опухолевого процесса до клинических проявлений.

Содержание в суточной моче 17-кетостероидов и их фракций соответствует распространенности злокачественного процесса. После комплексного лече-

ния у мужчин общее количество 17-кетостероидов увеличилось в 1,5 раза по сравнению с исходным уровнем, а у женщин это способствовало повышению дегидроэпиандростерона в 1,4 раза ( $p < 0,01$ ).

## Литература:

1. Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Новикова И.А., Водолажский Д.И., Шуликов П.Б., Харатегзов Д.А., Ильченко С.А., Дашков А.В., Полузтков С.И. Некоторые молекулярно-биологические особенности метастатического колоректального рака // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 3; URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=26362>
2. Солдаткина Н.В., Кит О.И., Геворкян Ю.А., Милакин А.Г. Первично-множественный колоректальный рак: клинические аспекты // Терапевтический архив. – 2016. – Т. 88. №8. С. 53-58.
3. Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников Е.Н., Колесников В.Е., Кожушко М.А., Дашков А.В. Комбинированные оперативные вмешательства при местно-распространенном колоректальном раке // Журнал имени Н.И. Пирогова «Хирургия». – 2016. – № 11. С. 42-47.
4. Oleg I. Kit, Dmitriy I. Vodolazhskiy, Yuriy A. Gevorkyan, Natalia V. Soldatkina. KRAS Gene Mutations and Gender Differences in Colorectal Cancer // International Journal of BioMedicine 5(1) (2015) 11-15
5. Gevorkyan Y.A., Kit O.I., Novikova I.A., Soldatkina N.V., Bakhtin A.V., Shulikov P.B., Milakin A.G., Kolesnikov V.E., Ilchenko S.A. Effect of circulating tumor cells (CTCs) on metastatic progression in colorectal cancer. ASCO – 2015. Abstr. e22026.
6. Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Водолажский Д.И. Частота и спектр мутаций гена KRAS при распространенном колоректальном раке. Клинико-морфологические особенности // Молекулярная медицина. – 2015. – № 5. С. 26-29.
7. Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Водолажский Д.И., Шуликов П.Б., Донцов В.А., Джандигова Ф.Р., Ильченко С.А. Особенности мутаций гена KRAS при колоректальном раке на Юге России // Тюменский медицинский журнал. – 2015. – Т. 17. № 3. С. 20-22.
8. Кит О.И., Геворкян Ю.А., Франциянц Е.М., Дашков А.В., Солдаткина Н.В., Ильченко С.А., Павленко С.Г. Результаты химиотерапии с озонированными средами в комплексном лечении больных резектабельным раком желудка // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6; URL: [www.science-education.ru/106-7238](http://www.science-education.ru/106-7238)
9. Кит О.И., Геворкян Ю.А., Франциянц Е.М., Ильченко С.А., Солдаткина Н.В., Дашков А.В., Малейко М.Л. Непосредственные результаты химиотерапии с озонированными средами в комплексном лечении больных резектабельным раком желудка // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Естественные науки. 2011. Спецвыпуск. С. 45-48.

Поступила 26.09.2017 г.

## ОБМЕН ОПЫТОМ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616.33-006.6-089-039.75-059:615.831

Каприн А.Д.<sup>1</sup>, Сулейманов Э.А.<sup>2</sup>, Филоненко Е.В.<sup>1</sup>, Хомяков В.М.<sup>1</sup>, Урлова А.Н.<sup>1</sup>

### ПАЛЛИАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ В СОЧЕТАНИИ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

<sup>1</sup>Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, РФ

<sup>2</sup>ГБУ «Республиканский онкологический диспансер» Чеченской Республики, г. Грозный

*В статье представлены результаты хирургического лечения больных раком желудка с наличием или высоким риском перитонеальной диссеминации с использованием интраоперационной фотодинамической терапии. Авторами разработана методика интраоперационной фотодинамической терапии, позволяющая эффективно проводить интраоперационное воздействие без повышения риска увеличения числа и тяжести послеоперационных осложнений. Методика применена для лечения 140 больных раком желудка стадии T3-4N0-3M0-1. Контрольную группу составили 100 больных раком желудка стадии T3-4N0-3M0-1, которым не выполняли интраоперационную фотодинамическую терапию или другие методы интраоперационного воздействия. Группы были сопоставимы по стадии заболевания, индексу перитонеального канцероматоза, характеру и объему выполненных хирургических вмешательств. Оценены отдаленные результаты: в группе больных с интраоперационной фотодинамической терапией трехлетняя безрецидивная выживаемость составила 55,1±10%, в контрольной группе – 29,5±6,6%.*

*Ключевые слова: интраоперационная фотодинамическая терапия, перитонеальная диссеминация, фотосенсибилизатор.*

*The article presents the results of surgical treatment of patients with gastric cancer with the presence or high risk of peritoneal dissemination with the use of intraoperative photodynamic therapy. The authors developed a technique for intraoperative photodynamic therapy that allows for effective intraoperative exposure without increasing the risk of increasing the number and severity of postoperative complications. The technique was used to treat 140 patients with stomach cancer of stage T3-4N0-3M0-1. The control group consisted of 100 patients with stomach cancer of stage T3-4N0-3M0-1, who did not perform intraoperative photodynamic therapy or other methods of intraoperative exposure. The groups were comparable at the stage of the disease, the index of peritoneal carcinomatosis, the nature and extent of the surgical procedures performed. Long-term results are evaluated: in the group of patients with intraoperative photodynamic therapy, a three-year disease-free survival was 55.1 ± 10%, in the control group - 29.5 ± 6.6%*

*Key words: intraoperative photodynamic therapy, peritoneal dissemination, photosensitizer.*

**Каприн А.Д.** – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор НМИЦ радиологии; заведующий кафедрой урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии Медицинского института РУДН. Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, РФ

**Сулейманов Э.А.** – кандидат медицинских наук, главный врач. ГБУ «Республиканский онкологический диспансер» Чеченской Республики, г. Грозный.

**Филоненко Е.В.** – профессор, доктор медицинских наук, руководитель Центра лазерной и фотодинамической диагностики и терапии опухолей. Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, РФ

**Урлова А.Н.** – кандидат медицинских наук, научный сотрудник Центра лазерной и фотодинамической диагностики и терапии опухолей. Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, РФ

**Хомяков В.М.** – руководитель торакоабдоминального отделения, кандидат медицинских наук. Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, РФ

### ВВЕДЕНИЕ

На долю злокачественных новообразований органов брюшной полости в структуре онкологической заболеваемости в странах Западной Европы приходится около 30% от всех локализаций. За 2016 г. в России было выявлено 581,6 случай злокачественных новообразований органов брюшной полости на 100 тыс. населения (рак желудка – 25,99; колоректальный рак – 42,6; поджелудочная железа – 11,7).

Опухоли желудочно-кишечного тракта осложняются метастатическим поражением брюшины в 30–40% случаев, из них рак поджелудочной железы – примерно в 40%, рак желудка – в 30–40%, рак аппендикса – до 30–100%, колоректальный рак – до 10%. По данным российских и иностранных авторов, интраоперационно обнаруживают распростра-

нение опухоли по брюшине у 20-25% больных раком желудка [1, 2].

С целью снижения риска развития местного рецидива и метастатического поражения брюшины возможно применение различных методов дополнительного противоопухолевого воздействия на область операционного поля и брюшину, одним из таких методов является интраоперационная фотодинамическая терапия (ИОФДТ) [3].

Метод фотодинамической терапии основан на способности ряда лекарственных препаратов (фотосенсибилизаторов) избирательно накапливаться в опухолевой ткани. При воздействии лазерного излучения на сенсибилизированные ткани в них развиваются фотохимические реакции с освобождением синглетного кислорода, что приводит к гибели и разрушению сенсибилизированных клеток без негативного влияния на здоровые ткани и органы.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В МНИОИ им. П.А. Герцена проходили лечение 240 больных с диагнозом рак желудка стадии T3-4N0-3M0-1. Данные больные были разделены на две группы: 140 больных (основная группа), которым были выполнены условно-радикальные и паллиативные операции с применением интраоперационной фотодинамической терапии брюшины, и 100 больных (контрольная группа), которым были выполнены также условно-радикальные и паллиативные операции (по объему соответствующие хирургическим вмешательствам у больных основной группы) без применения метода интраоперационной фотодинамической терапии.

Согласно данным гистологического исследования опухоли желудка: высокодифференцированная аденокарцинома диагностирована у 4 (1,7%) пациентов, умеренно дифференцированная аденокарцинома – у 26 (10,8%), низкодифференцированная аденокарцинома – у 51 (21,3%), перстневидноклеточный рак – у 62 (25,8%), сочетание перстневидноклеточного рака с аденокарциномой – у 97 (40,4%) больных.

Методика ИОФДТ состоит из трех этапов. На первом этапе больному вводили фотосенсибилизатор. На втором этапе фотосенсибилизатор накапливался в опухоли, продолжительность данного этапа зависела от применяемого фотосенсибилизатора и составляла: для фотосеанса – 2 часа и 48 часов для фотогема. Третьим этапом был сеанс ИОФДТ, который выполнялся как завершающий этап хирургической операции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Для оценки эффективности ИОФДТ был проведен анализ выживаемости. В качестве критического события была выбрана смерть больного от прогрессирования рака желудка. В основной группе пациентов максимальный срок наблюдения составил 72 месяца, в контрольной группе пациентов максимальный срок наблюдения составил 58 месяцев.

В группе контроля годовичная безрецидивная выживаемость  $60,7 \pm 6,2\%$ , 3-летняя  $29,5 \pm 6,6\%$ . В группе ИОФДТ годовичная безрецидивная выживаемость  $82,1 \pm 6,1\%$ , 3-летняя  $55,1 \pm 10\%$ .

## ВЫВОДЫ

Разработанная методика интраоперационной фотодинамической терапии – метод выбора лечения больных раком желудка с наличием перитонеальной диссеминации.

### Литература:

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году. 2017; 7-18.
2. Сулейманов Э.А., Каприн А.Д., Филоненко Е.В., Хомяков В.М., Гришин Н.А., Москвичева Л.И., Урлова А.Н. Интраоперационная флуоресцентная диагностика перитонеальной диссеминации у больных раком желудка // Biomedicalphotonics. – 2016. – Т. 5, №3. С. 9-18.
3. Абдуллаев А.Г., Полоцкий Б.Е., Давыдов М.И. Современные подходы к лечению псевдомиксомы брюшины // Российский онкологический журнал, 2013; 4–9.

Поступила 04.11.2017 г.

Шарова О.Н.<sup>1, 3, 4</sup>, Важенин А.В.<sup>1, 2, 3</sup>

## ЦЕННОСТИ В МОДЕЛИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра психиатрии, г. Челябинск, Россия;

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Институт ДПО, кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, г. Челябинск, Россия;

<sup>3</sup> ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (НИУ)», кафедра общей психологии, психодиагностики и психологического консультирования, г. Челябинск, Россия;

<sup>4</sup> ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», г. Челябинск, Россия

Статья выполнена при поддержке Правительства РФ (Постановление №211 от 16.03.2013), соглашение №02.A03.21.0011

Проведено пилотное исследование свойств ценностной сферы и копинг-стратегий поведения у лиц с онкологическими заболеваниями, по результатам которого выявлены корреляты между отдельными характеристиками ценностной сферы со свойствами личности и вариантами копинг-стратегий поведения у индивидов, личность которых функционирует в ситуации стресса экстремального уровня (по DSM-4R). Составлен профиль ценностных характеристик (личностных достоинств), как маркеров характерологической позитивности, по количественному уровню в порядке убывания: «Благодарность», «Увлеченность, страстность, энтузиазм», «Веселость и юмор», «Доброта и щедрость», «Прощение и милосердие», что свидетельствует о преобладании наиболее позитивных ценностей. Обнаружено, что варианты копинг-стратегий поведения обследованных лиц представлены главным образом конструктивными и относительно конструктивными моделями поведения, среди которых ведущими являются «Планирование», «Принятие ответственности», «Самоконтроль», «Поиск поддержки», «Положительная переоценка», «Дистанцирование». Среди неконструктивных копинг-стратегий поведения выявлены «Конфронтация» и «Бегство-избегание», которые были представлены в наименьшем числе. Получен вывод о том, что в условиях стресса экстремального уровня происходит мобилизация внутренних ресурсов личности, которые позволяют индивиду реализовать положительные личностные характеристики и переориентироваться на конструктивные и относительно конструктивные копинг-стратегии поведения.

Ключевые слова: ценности, личность, копинг-поведение, социальная адаптация, онкологические заболевания.

Authors carried out a pilot study of properties of the value sphere and behavioral coping-strategies of people with oncological diseases, which results were used to identify the correlates between individual characteristics of the value sphere with personality features and variants of behavioral coping-strategies of individuals, whose personality functions in an extremely stressful situation (as per DSM-4R). Authors made a profile of value characteristics (personal strengths) as markers of characterological positivity by the quantitative level in the descending order: "Gratitude", "Dedication, passion, enthusiasm", "Mirth and humor", "Kindness and generosity", "Forgiveness and mercy", which speaks for the prevalence of most positive values. It has been found that the variants of behavioral coping-strategies of the people taking part in the study are mainly represented by constructive and relatively constructive behavioral models, the leading of which are "Planning", "Admission of responsibility", "Self-control", "Search of support", "Positive reevaluation", "Distancing". Non-constructive behavioral coping-strategies include "Confrontation" and "Escape-evasion", which were least represented. Authors concludes that in extremely stressful conditions there is a mobilization of the inner personal resources, which allow the individual to realize positive personal characteristics and to reorient towards constructive and relatively constructive behavioral coping-strategies.

Keywords: values, personality, coping-behavior, social adaptation, oncological diseases.

**Шарова О.Н.** – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; психолог-магистр, преподаватель кафедры общей психологии, психодиагностики и психологического консультирования ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (НИУ)»; врач-психотерапевт ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»

**Важенин А.В.** – главный врач ГБУЗЧОКЦО и ЯМ, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, Институт ДПОФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

### ВВЕДЕНИЕ

В последние годы исследователями из разных стран подчеркивается, что оценка развития общества, как

прогрессивного, только за счет оперирования экономическими показателями теряет свою актуальность и, чтобы говорить о прогрессивном пути развития общества, нужно кроме экономических исследований уделять внимание исследованию благополучия людей, живущих в этом обществе [2, 9]. Всемирной организацией здравоохранения была разработана программа «Здоровье-2020», согласно которой приоритетным является улучшение здоровья людей и повышение их благополучия [6].

В свою очередь, показатель качества жизни лиц с онкопатологией, как показали исследования, представляет собой даже большую ценность при учете прогноза выживаемости, чем известные медицинские данные о специфике онкологических заболеваний, например, таких как стадия заболевания, наличие/отсутствие метастазов и др. [17]. За счет того, что исследователями понимается важность субъективной оценки значимости лицами с онкопатологией

своего собственного благополучия в различных его аспектах, показатель качества жизни был включен в программы оценки эффективности лечения онкологических заболеваний, что говорит о том, что вопрос улучшения состояния данного контингента лиц рассматривается не только на медицинском, но также на социальном и психологическом уровнях [17].

В позитивной психологии существует понятие «характерологическая позитивность» (или «личностные достоинства», или «позитивные личностные ресурсы»), которое тесно связано с ценностно-смысловой сферой человека, участвующей в реализации устойчивости индивида по отношению к стрессам в окружающем мире [20], а также способствующее адаптации лиц с онкопатологией к заболеванию и саморегуляции в условиях болезни.

В данном исследовании была предпринята попытка изучения ценностно-смысловой сферы, копинг-поведения и социальных ограничений у лиц с онкологическими заболеваниями как субъектов, функционирующих в «особых условиях» – в ситуации угрозы для жизни и здоровья. Аспекты ценностно-смысловой сферы личности являются ориентирами, на которые человек опирается в процессе борьбы с болезнью [13]. Система личностных смыслов, в свою очередь, является важной характеристикой индивидуальности человека [1], а в ситуации онкологического заболевания она может претерпевать значительные изменения как позитивного (средством пересмотра и переоценки каких-либо аспектов своей жизни), так и негативного характера.

Представителями разных направлений психологии и психотерапии отмечается, что появление у человека онкологического заболевания влечет за собой позитивные личностные изменения и обретение новых смыслов. Например, представители экзистенциального направления И. Ялом и Э. Дорцен отмечают, что их клиенты с онкологическим диагнозом по-новому смогли взглянуть на себя и свою жизнь, сменить приоритеты и от нездорового образа жизни и неудовлетворительных взаимоотношений с близкими прийти к возможности выстраивания более глубоких взаимоотношений с ними [7, 19]. В целом лица с онкологическими заболеваниями приходят к тому, что начинают ценить свою жизнь, хотя раньше могли над этим совсем не задумываться. Аналогичная тенденция отмечается и отечественными исследователями [8, 13, 14]. Акценты ставятся на том, что само наличие смысла жизни и осознание её ценности значительно повышает качество жизни больных [5], хотя ценность жизни могут понимать немногие лица с онкопатологией [17], что ставит вопрос о необходимости психологической работы с данным контингентом лиц, направленной на актуализацию новых смысловых ориентиров после диагностики онкологического заболевания. Одновременно с этим ряд авторов отмечает, что ценность здоровья у лиц с онкопатологией, зачастую отсутствует [8, 14], но уве-

личивается по мере продолжительности болезни [17], что указывает на трансформацию ценностных ориентиров вследствие влияния болезни.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить характеристики ценностно-смысловой сферы у лиц с онкологическими заболеваниями, а также изучить соотношение копинг-стратегий поведения с личностными особенностями, выявленными характеристиками ценностей и социальными ограничениями в рамках биопсихосоциальной модели реабилитации лиц с онкологическими заболеваниями.

## ЗАДАЧИ

1. Изучить профиль ценностей лиц и диапазон копинг-стратегий поведения у лиц с онкологическими заболеваниями.
2. Определить соотношения между выявленными ценностями и личностными особенностями, а также стратегиями копинг-поведения у лиц обследуемой группы.
3. Определить профиль социальных ограничений, вносимых, по мнению респондентов, онкологическим заболеванием.
4. Определить соотношение между личностными особенностями и социальными ограничениями, а также между выявленными копинг-стратегиями поведения и социальными ограничениями у лиц с онкологическими заболеваниями.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 26 лиц, страдающих онкологическими заболеваниями (респонденты), с различной локализацией опухоли (рак легких, рак желудочно-кишечного тракта, лимфома). Среди них – женщины составили 8 человек (n=8; 30,8%) и мужчины – 18 человек (n=18; 69,2%). Средний возраст пациентов составил  $51,4 \pm 2,6$  лет.

*Методы исследования:*

1. Социальное анкетирование.
2. Экспериментально-психологический метод, в котором использовались следующие методики:
  - Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММПИ), 565 утверждений [16] – стандартизованный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) представляет собой метод изучения личностных свойств и степени адаптированности обследуемого. Он является модифицированной версией Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММПИ), созданного в 1942–1949 гг. С. Хатуэйем и Д. Маккинли. Адаптация и рестандартизация опросника в нашей стране проводилась Л.Н. Собчик в 1968–1984 гг.

• Опросник «Ценности в действии: инвентаризация достоинств» К. Петерсона и М. Селигмана, который был разработан К. Петерсоном и М. Селигманом в 2001 году с целью диагностики достоинств личности, определяемых как силы характера, объединяющиеся в базовые добродетели, в соответствии с которыми и названы основные шкалы опросника [20]. Позже был предложен сокращенный вариант данной методики, русскоязычная адаптация которого, проведенная С.А. Башкатовым, используется в данной работе [3].

Базовые шкалы опросника были обозначены С.А. Башкатовым (автором адаптации) как показатели характерологической позитивности, которые называются следующим образом [3]:

- 1) мудрость и знание;
- 2) мужество;
- 3) человечность и любовь;
- 4) общая справедливость;
- 5) умеренность;
- 6) духовность.

• Методику «Способы совладающего поведения» («Way of Coping Questionnaire») разработали Р. Лазарус и С. Фолкман в 1988 г. с целью определения способов преодоления человеком трудностей, с которыми ему приходится сталкиваться в различных сферах деятельности [11]. В данной работе был использован вариант адаптации опросника, предложенный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык и М.С. Замышляевой в 2004 году [10].

• Опросник для изучения самооценки социальной значимости болезни А.И. Сердюка [15], которая позволяла выявить спектр социальных ограничений, формируемых, по мнению лиц с онкологическими заболеваниями, болезнью. Данный опросник является клинико-психологической методикой, позволяющей оценить влияние болезни на различные сферы социального статуса людей. Методика была разработана А.И. Сердюком в 1994 г. на основе опроса 2000 людей с различными хроническими соматическими заболеваниями. Опросник включает в себя десять пунктов, каждый из которых испытуемый оценивает в соответствии с тем, насколько значимым для него является представленная в нем сфера. Оценка производится по шкале от 0 до 4. Выбор двух последних вариантов ответа указывает на значимость представленных сфер для испытуемого, и исходя из этого с ним может быть построена терапевтическая работа [12].

Сферы, субъективную значимость которых определяет опросник для изучения самооценки социальной значимости болезни А.И. Сердюка (1994) [12]:

- 1) ограничение ощущения силы и энергии;
- 2) ухудшение отношения к больному в семье;
- 3) ограничение удовольствий;
- 4) ухудшение отношения к больному на работе;
- 5) ограничение свободного времени;

- 6) ограничение карьеры;
- 7) снижение физической привлекательности;
- 8) формирование чувства ущербности;
- 9) ограничение общения;
- 10) материальный ущерб.

Статистическая обработка данных проводилась на основе пакета статистических программ SPSS 7,0, основным методом статистической обработки был корреляционный анализ и метод сравнения средних величин с помощью критерия t-Стьюдента. Достоверными считались данные с коэффициентом корреляции  $r$ , соответствующие легкому, среднему и высокому уровню корреляции, а также достоверные различия средних величин при уровне достоверности  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенное исследование показало, что среди шести базовых шкал опросника «Ценности в действии: инвентаризация достоинств» К. Петерсона и М. Селигмана, которые позволяют выявить ценности, шкала «Мудрость и знание» отрицательно коррелировала ( $r = -0,487$ ) со шкалой асоциального поведения личностного опросника ММПИ; шкала «Гуманизм и любовь» отрицательно коррелировала ( $r = -0,51$ ) со шкалой контроля опросника ММПИ; шкала «Общая справедливость» отрицательно коррелировала со шкалами лжи ( $r = -0,489$ ) и мужественности-женственности ( $r = -0,585$ ) опросника ММПИ; шкала «Умеренность» отрицательно коррелировала со шкалами ригидности аффекта ( $r = -0,675$ ) и шизоидности ( $r = -0,493$ ) опросника ММПИ (табл. 1).

Таблица 1

Соотношение личностных особенностей и ценностей у лиц с онкологическими заболеваниями

Базовые шкалы опросника К. Петерсона и М. Селигмана	Контрольные и клинические шкалы личностного опросника ММПИ	Коэффициент корреляции
«Мудрость и знание»	Шкала асоциального поведения	$r = -0,487$
«Гуманизм и любовь»	Шкала контроля	$r = -0,51$
«Общая справедливость»	Шкала контроля Шкала мужественности-женственности	$r = -0,51$ $r = -0,585$
«Умеренность»	Шкала ригидности аффекта Шкала шизоидности	$r = -0,675$ $r = -0,493$

Дополнительно были выявлены гендерные отличия между субшкалами опросника «Ценности в действии: инвентаризация достоинств» К. Петерсона и М. Селигмана. Ценности «Любовь к знаниям» ( $t = 0,048$ ;  $p < 0,05$ ), «Надежда, оптимизм, забота о будущем» ( $t = 0,004$ ;  $p < 0,05$ ), «Увлеченность, страст-

ность, энтузиазм» ( $t=0,017$ ;  $p<0,05$ ) достоверно выше у женщин в сравнении с мужчинами, в то время как у мужчин достоверно выше уровень ценности «Храбрость» в сравнении с женщинами ( $t=0,024$ ;  $p<0,05$ ).

На основе полученных данных был построен профиль ценностей как личностных достоинств, обнаруженных у лиц данной группы больных. Распределение первых шести мест в профиле ценностей у лиц с онкологическими заболеваниями, как маркеров характерологической позитивности, по количественному уровню в порядке убывания – следующее: «Благодарность», «Увлеченность, страстность, энтузиазм», «Веселость и юмор», «Доброта и щедрость», «Прощение и милосердие», «Гуманизм» (рис. 1).

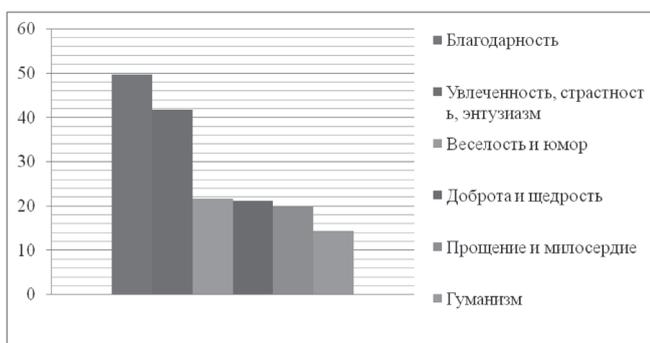


Рис. 1. Профиль ценностей у лиц с онкологическими заболеваниями

Проведенное исследование показало, что диапазон копинг-стратегий поведения у обследованных лиц представлен главным образом конструктивными и относительно конструктивными механизмами. Копинг-стратегии были следующими в порядке убывания количественных значений шкал: «Планирование», «Принятие ответственности», «Самоконтроль», «Поиск поддержки», «Положительная переоценка», «Дистанцирование», «Конфронтация», «Бегство-избегание» (рис. 2).

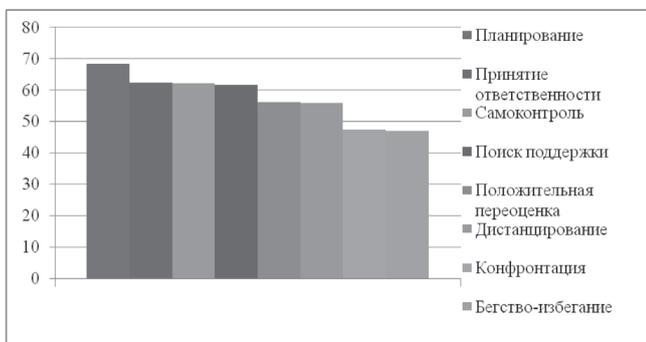


Рис. 2. Диапазон копинг-стратегий поведения у лиц с онкологическими заболеваниями

Изучение соотношений между копинг-стратегиями поведения и личностных особенностей обследованной группы лиц показало, что копинг-стратегия

поведения «Поиск поддержки» достоверно положительно коррелировала с демонстративными ( $r=0,355$ ) и тревожно-мнительными ( $r=0,355$ ) чертами личности. Копинг-стратегия «Дистанцирование» достоверно отрицательно коррелировала с психастеническим радикалом личности ( $r=-0,35$ ); копинг-стратегия «Бегство-избегание» – достоверно положительно коррелировала с психастеническими ( $r=0,411$ ) и шизоидными ( $r=0,366$ ) чертами личности (табл. 2). Гендерных различий по копинг-стратегиям поведения у лиц с онкологическими заболеваниями не обнаружено.

Таблица 2

**Соотношение социальных ограничений болезни и копинг-стратегий поведения у лиц с онкологическими заболеваниями**

Копинг-стратегия поведения	Клинические шкалы личностного опросника MMPI	Коэффициент корреляции
«Поиск поддержки»	Шкала демонстративности Шкала психастении	$r=0,355$ $r=0,355$
«Дистанцирование»	Шкала психастении	$r=-0,35$
«Бегство-избегание»	Шкала психастении Шкала шизоидности	$r=0,411$ $r=0,366$

Единственная копинг-стратегия «Поиск поддержки» находилась в средней положительной корреляции с ценностью «Самоконтроль» ( $r=0,547$ ) и в слабой корреляции с ценностью «Прощение и милосердие» ( $r=0,466$ ) (табл. 3).

Таблица 3

**Соотношение копинг-стратегий поведения и ценностей у лиц с онкологическими заболеваниями**

Копинг-стратегия поведения	Базовые шкалы опросника К. Петерсона и М. Селигмана	Коэффициент корреляции
«Поиск поддержки»	«Самоконтроль»	$r=0,547$
«Поиск поддержки»	«Прощение и милосердие»	$r=0,466$

Изучение соотношений между социальными ограничениями, связанными с болезнью (онкологическим заболеванием), показало, что на первом месте среди социальных ограничений находится «Ограничение свободного времени», на втором месте – «Материальный ущерб», на третьем – «Ограничение удовольствий», на четвертом – «Снижение физической привлекательности», на пятом – два вида ограничений, «Ограничение ощущения силы и энергии» и «Ограничение карьеры», на шестом – «Ограничения общения», на седьмом – два последних из ограничений, «Ухудшение отношения к больному в семье» и «Формирование чувства ущербности» (рис. 3).

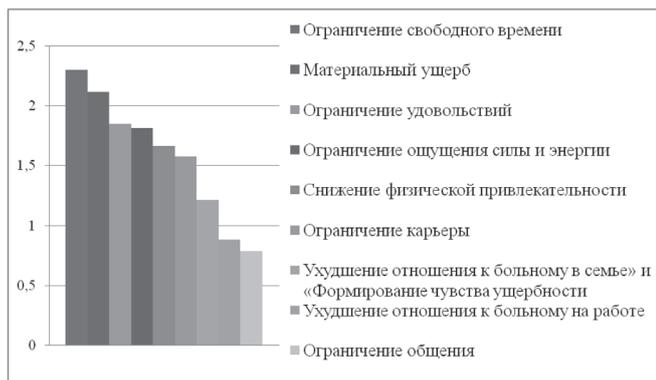


Рис. 3. Профиль социальных ограничений, связанных с болезнью, у лиц с онкологическими заболеваниями

По результатам нашего исследования были обнаружены статистически достоверные положительные корреляции некоторых вариантов социальных ограничений болезни с личностными особенностями индивидов: «Ограничение свободного времени» имеет слабо положительную корреляцию ( $r=0,32$ ) со шкалой контроля и слабо отрицательную корреляцию ( $r=-0,291$ ) со шкалой интроверсии опросника ММРІ. Тип «Ограничение карьеры» имеет слабо отрицательную корреляцию ( $r=-0,327$ ) со шкалой ригидности аффекта опросника ММРІ (табл. 4).

Таблица 4

**Соотношение вариантов социальных ограничений болезни и личностных особенностей лиц с онкологическими заболеваниями**

Варианты социальных ограничений болезни	Клинические шкалы личностного опросника ММРІ	Коэффициент корреляции
«Ограничение свободного времени»	Шкала контроля Шкала интроверсии	$r=0,32$ $r=-0,291$
«Ограничение карьеры»	Шкала ригидности аффекта	$r=-0,327$

Изучение соотношений социальных ограничений с копинг-стратегиями поведения обследованной группы лиц показало, что социальное ограничение «Ухудшение отношения к больному в семье» положительно коррелировало ( $r=0,349$ ) с копинг-стратегией «Конфронтация»; «Ухудшение отношения к больному на работе» положительно коррелировало ( $r=0,345$ ) с копинг-стратегией «Принятие ответственности»; отрицательная корреляция была выявлена в двух вариантах социального ограничения – «Ухудшение отношения к больному в семье» ( $r=-0,37$ ) и «Ограничение карьеры» ( $r=-0,38$ ) – с копинг-стратегией «Самоконтроль», и отрицательно коррелировало «Ограничение свободного времени» с двумя копинг-стратегиями «Планирование» ( $r=-0,41$ ) и «Положительная переоценка» ( $r=-0,342$ ) (табл. 5). Гендерных отличий по социальной значимости болезни нет.

Таблица 5

**Соотношение вариантов социальных ограничений болезни и копинг-стратегий поведения у лиц с онкологическими заболеваниями**

Варианты социальных ограничений болезни	Копинг-стратегия поведения	Коэффициент корреляции
«Ухудшение отношения к больному в семье»	«Конфронтация»	$r=0,349$
«Ухудшение отношения к больному на работе»	«Принятие ответственности»	$r=0,345$
«Ухудшение отношения к больному в семье»	«Самоконтроль»	$r=-0,37$
«Ограничение карьеры»	«Самоконтроль»	$r=-0,38$
«Ограничение свободного времени»	«Планирование», «Положительная переоценка»	$r=-0,41$ $r=-0,342$

**ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ**

По результатам нашего исследования в условиях стресса экстремального уровня (наличие онкологического заболевания) можно говорить о мобилизации внутренних ресурсов личности, которые позволяют индивиду реализовать положительные личностные характеристики (ценности) и переориентироваться на конструктивные и относительно конструктивные копинг-стратегии поведения. Полученные результаты свидетельствуют о ведущем проявлении и преобладании наиболее достойных, с точки зрения социума, свойств ценностно-смысловой сферы у лиц с онкологическими заболеваниями и преобладании у них конструктивных и относительно конструктивных копинг-стратегий поведения. Ценности «Мудрость и знание», «Гуманизм и любовь», «Общая справедливость», «Умеренность» – все среди них имеют отрицательные корреляции со шкалами личностного опросника ММРІ (асоциальное поведение, контроль, гендерная шкала – мужественности – женственности, ригидности аффекта, шизоидности), что в первую очередь отражает гендерное различие во внутренней структуре и содержании ценности «Общая справедливость» у лиц женского и мужского пола. Ценности «Любовь к знаниям», «Надежда, оптимизм, забота о будущем», «Увлеченность, страстность, энтузиазм», «Храбрость» также обнаружили гендерные отличия. У женщин по количественному уровню преобладают ценности «Любовь к знаниям», «Надежда, оптимизм, забота о будущем», «Увлеченность, страстность, энтузиазм» в сравнении с мужчинами, в то время как у мужчин выше уровень ценности «Храбрость» в сравнении с женщинами. Если говорить об остальных свойствах ценностей и личности, то положительный собирательный образ индивида, обладающего вышеперечисленными ценностями, будет приближен к следующему описанию. Обладая мудростью и знанием, этот индивид менее всего склонен к асоциальным

поступкам и повышенному контролю себя и окружающих людей. Обладая гуманизмом и любовью, он не склонен к контролю себя и окружающих. Обладая общей справедливостью, он не склонен ко лжи. Обладая умеренностью (в своих потребностях. — *Прим. авт.*), такой индивид по своим личностным характеристикам не обладает склонностью к фиксации и «застреванию» на каких-либо ситуациях, а также он не склонен быть замкнутым и закрытым от внешнего мира. И, напротив, при отсутствии вышеперечисленных ценностей, отрицательный собирательный образ индивида, не обладающего вышеперечисленными ценностями, будет достаточно негативным по своей сути. Обладая мудростью и знанием, этот индивид менее всего склонен к асоциальным поступкам и повышенному контролю себя и окружающих людей. Не обладая гуманизмом и любовью, он, наоборот, склонен к повышенному контролю себя и окружающих. Не обладая общей справедливостью, он, наоборот, склонен ко лжи. Не обладая умеренностью (в своих потребностях. — *Прим. авт.*), такой индивид по своим личностным характеристикам, наоборот, обладает склонностью к фиксации и «застреванию» на каких-либо ситуациях, и он склонен быть замкнутым, закрытым, социально одиноким.

С одной стороны, полученные результаты могут свидетельствовать о том, что серьезное заболевание, в частности онкологическое, может стать фактором, способствующим личностному росту лиц с онкологическими заболеваниями, конструированию у них новых ценностей и жизненных смыслов под воздействием стресса экстремального уровня (тяжелая соматическая болезнь, протекающая с угрозой для жизни и здоровья). С другой стороны, полученные результаты нашего исследования могут быть положены в основу модели биопсихосоциальной реабилитации лиц с онкологическими заболеваниями, в частности ее психосоциального компонента, поскольку выявляют точки-мишени для психотерапевтического, психокоррекционного и социального воздействия для индивидов с негативным собирательным образом, описанным выше.

Профиль ценностей, обнаруженный у обследованной группы лиц, отражает преобладание ценностей, которые относятся к маркерам характерологической позитивности, — «Благодарность», «Увлеченность, страстность, энтузиазм», «Веселость и юмор», «Доброта и щедрость», «Прощение и милосердие», «Гуманизм». И в данном случае уместны вопросы: преобладание позитивных ценностей и выход их на первый план относительно негативных ценностей происходит под воздействием и/или в результате воздействия стресса экстремального уровня — болезнь, протекающая с угрозой для жизни и здоровья? Или эти ценностные характеристики индивидов были в значительной степени сформированы в течение их жизни, и на популяционном уровне индивидов с

положительными ценностями больше, чем индивидов с негативными ценностями? Данные вопросы требуют дальнейшего изучения, а также сочетания клинических методов обследования индивидов с изучением их биохимических, физиологических, иммунологических маркеров стресса, отражающих общепсихологические реакции организма в ответ на стрессовую ситуацию.

Диапазон копинг-стратегий поведения у лиц с онкологическими заболеваниями представлен в первых позициях конструктивными и относительно конструктивными моделями поведения («Планирование», «Принятие ответственности», «Самоконтроль», «Поиск поддержки», «Положительная переоценка»). Модели копинг-поведения «Дистанцирование», «Конфронтация», «Бегство-избегание» являются деструктивными либо для индивида, либо для общества, либо для того и другого одновременно, они расположены в данном диапазоне на последних местах. Результаты нашего исследования показали, что серьезное заболевание, в частности онкологическое, может стать фактором, способствующим формированию конструктивных и относительно конструктивных стратегий поведения, направленных на совладание с онкологическим заболеванием. С другой стороны, в качестве наиболее уязвимых свойств личности при формировании копинг-поведения выявлены такие характеристики личности, как демонстративные, психастенические, шизоидные черты личности, способствующие формированию неконструктивных стратегий совладания со стрессом. Это позволяет разработать модели психотерапевтического воздействия и психокоррекционных мероприятий для индивидов в ситуации стресса и/или ситуации угрозы для жизни и здоровья. Полученные результаты нашего исследования могут быть положены в основу модели биопсихосоциальной реабилитации лиц с онкологическими заболеваниями, поскольку позволяют выявить группы лиц с неконструктивными копинг-стратегиями поведения для психотерапевтического, психокоррекционного и социального воздействия.

Изучение социальных ограничений, вносимых болезнью, по мнению респондентов, показало, что лица с онкологическими заболеваниями наиболее чувствительно переживают ограничения во времени и в материальных ресурсах. С одной стороны, последний тезис актуален, скорее, для всех индивидов, независимо от их соматического состояния и наличия или отсутствия любой болезни, в том числе онкологической. С другой стороны, с учетом полученных данных, есть основания полагать, что механизмы проживания времени у лиц с онкологическими заболеваниями отличаются от таковых у лиц относительно здоровых (не имеющих диагноза рак), что требует дальнейшего изучения. В качестве наиболее уязвимых свойств личности при формировании социальных ограничений, вносимых болезнью,

выявлены такие характеристики личности, как интроверсия и аффективная ригидность, способствующие формированию «Ограничения свободного времени» и «Ограничения карьеры». Это позволяет разработать модели психотерапевтического воздействия и психокоррекционных мероприятий, а также оздоровления социальной среды для индивидов в ситуации стресса и/или ситуации угрозы для жизни и здоровья (онкологической болезни).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом ситуация, описанная в статье, порождает массу вопросов: происходит изменение ценностей и копинг-стратегий поведения под воздействием и/или в результате воздействия стресса в виде болезни, протекающей с угрозой для жизни и здоровья? Или эти ценностные характеристики индивидов и их копинг-поведение были в значительной степени сформированы в течение их жизни? И если рассматривать данный вопрос с точки зрения экстраполяции полученных данных на всю популяцию людей, то, возможно, на популяционном уровне индивидов с положительными ценностями и конструктивными и относительно конструктивными стратегиями копинг-поведения больше, чем индивидов с негативными ценностями и неконструктивными копинг-стратегиями? Данные вопросы требуют дальнейшего изучения, а также сочетания клинических методов обследования лиц с онкологическими заболеваниями с изучением их биохимических, физиологических, иммунологических маркеров стресса как неспецифической (общепсихологической) реакции организма в ответ на стрессовую ситуацию, чтобы разграничить медико-психолого-социальные характеристики индивидов, которые появились после выявления болезни, от свойств индивидов, имеющих во всей популяции людей, живущих на земле.

## ВЫВОДЫ

По результатам нашего исследования в условиях стресса экстремального уровня (наличие онкологического заболевания) происходит мобилизация внутренних ресурсов личности, которые позволяют индивиду реализовать положительные личностные характеристики (ценности) и переориентироваться на конструктивные и относительно конструктивные копинг-стратегии поведения. Полученные результаты свидетельствуют о ведущем проявлении и преобладании наиболее достойных с точки зрения социума свойств ценностно-смысловой сферы у лиц с онкологическими заболеваниями и преобладании у них конструктивных и относительно конструктивных копинг-стратегий поведения. Выявленные социальные ограничения, вносимые болезнью, показали, что лица с онкологическими заболеваниями наиболее

чувствительно переживают ограничения во времени и материальных ресурсах. Механизмы проживания времени у лиц с онкологическими заболеваниями могут отличаться от таковых у лиц относительно здоровых (не имеющих диагноза рак), что также требует дальнейшего изучения.

В качестве наиболее уязвимых свойств личности выявлены демонстративные, психастенические, шизоидные черты личности и ригидность аффекта, что дает возможность разработать модели психотерапевтического воздействия и психокоррекционных мероприятий для индивидов в ситуации стресса и/или ситуации угрозы для жизни и здоровья, и в первую очередь именно для лиц с обозначенными как «уязвимые» особенностями личности.

### Литература:

1. Асмолов А.Г. Психология личности. — М.: Академия «Смысл», 2007. — 528 с.
2. Батурин Н.А. Теоретическая модель личностного благополучия / Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология», 2013. — Т. 6. № 4. С. 4–14.
3. Башкатов С.А. Разноуровневые факторы личностного благополучия: дис. ... канд. психол. наук / С.А. Башкатов. Челябинск, 2013. — 181 с.
4. Битюцкая Е.В. Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания / Е.В. Битюцкая // Психологическая наука и образование. — 2007. — № 4. С. 87–93.
5. Вагайцева М.В. Психологические исследования в онкологии / М.В. Вагайцева, В.А. Чулкова, Э.Б. Карпова, С.А. Леоненкова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». — 2015. — Т. 8. №3. С. 28–35.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2015. Целевые ориентиры и более широкая перспектива — новые рубежи в работе с фактическими данными. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/293739/European-health-report-2015-full-book-ru.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/293739/European-health-report-2015-full-book-ru.pdf) (дата обращения — 02.05.2017).
7. Дорцен Э. ван. Практическое экзистенциальное консультирование и психотерапия / Э. ван. Дорцен. — Ростов-на-Дону: Ассоциация экзистенциального консультирования, 2007. — 216 с.
8. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1998. — 25 с.
9. Кислицына О.А. Измерение качества жизни/благополучия: международный опыт / О.А. Кислицына. — М.: Институт экономики РАН, 2016. — 62 с.
10. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк // Журнал практического психолога. — 2007. — № 3. С. 93–112.
11. Лазарус Р.С. Краткосрочная мультимодальная психотерапия [Электронный ресурс] / Р.С. Лазарус; пер. с англ. Г.М. Самигулина. — Санкт-Петербург: Речь, 2001. — 256 с. Режим доступа: <http://www.psyinst.ru/library.php?id=513&part=article> (дата обращения — 30.06.2016).
12. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б.В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.

13. Пестерева Е.В. Особенности психологической адаптации к болезни пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2011. – 28 с.
14. Русина Н.А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – № 3. С. 115–121.
15. Сердюк А.И. Опросник для изучения самооценки социальной значимости болезни. [Электронный ресурс] А.И. Сердюк. Опросник для изучения самооценки социальной значимости болезни – <http://psy-clinic.info/> (дата обращения – 28.04.2017).
16. Собчик Л.Н. ММРІ тест – СМІЛ 566. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. [Электронный ресурс] Л.Н. Собчик. Методика. Миннесотский многоаспектный личностный опросник. <http://psychok.net/testy/472-smil-566-mmpi-test-metodika-minnesotskij-mnogoaspektnyj-lichnostnyj-oprosnik-standartizirovannyj-mnogofaktornyj-metod-issledovaniya-lichnosti-sobchik-l-n> (дата обращения – 28.04.2017).
17. Финагентова Н.В. Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н.В. Финагентова. – Санкт-Петербург, 2010. – 26 с.
18. Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2000. – 23 с.
19. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом; пер. с англ. Т.С. Драбкина. – М.: РИМИС, 2008. – 608 с.
20. Liney, P. Alex, Joseph, Stephen. Positive psychology in practice [Electronic resource] / P. Alex Liney and Stephen Joseph // Achieving Sustainable New Happiness: Prospects, Practices, and Prescriptions / Article of S. Lyumbomirsky & Cannon M. Sheldon. – ed. by P. Alex Liney and Stephen Joseph. – Jon Willey and Sons, Inc. – 2006. – P. 127 – 133. – Mode of access: <http://www.ranez.ru/books/detail/2545913/> – датаобращения – 28.04.2017.

Поступила 09.10.2017 г.



© И.А. ЗИНЧЕНКО, 2017  
УДК 616/618

Зинченко И.А.

## ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 28» ГОРОДА ВОЛГОГРАДА

ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28», г. Волгоград

*Статья посвящена опыту работы в кабинете по оказанию паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Актуальность данной статьи не вызывает сомнения, поскольку востребованность в кабинетах паллиативной медицинской помощи неуклонно возрастает по причине роста числа пациентов. Проведен подробный анализ показателей деятельности кабинета паллиативной медицинской помощи Дзержинского района города Волгограда за 9 месяцев 2017 года.*

*Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, взрослое население.*

*The article is devoted to experience in the office in the provision of palliative care to the adult population. The relevance of this article is not in doubt, as the demand in the offices of palliative care is steadily increasing because of the increasing number of patients. A detailed analysis of indicators of activity of the Cabinet of palliative care Dzerzhinsky district of Volgograd city for 9 months of 2017.*

*Key words: palliative care, the adult population.*

**Зинченко И.А.** — терапевт высшей квалификационной категории, врач кабинета паллиативной медицинской помощи ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28», г. Волгоград.

Паллиативная медицинская помощь — это новый уровень понимания болезни. Новость о прогрессирующем угрожающем жизни заболевании, как правило, оказывает сильное эмоциональное воздействие на всех членов семьи. Грамотное профессиональное отношение медицинских работников, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, помогает значительно облегчить стресс, который испытывают пациенты и их родственники, и способствует сплочению именно в тот момент, когда единение действительно может помочь неизлечимому пациенту. Паллиативная медицинская помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Главный принцип — от какого бы заболевания пациент ни страдал, каким бы тяжелым это заболевание ни было, какие средства ни были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни пациента в оставшееся время: дни, недели, месяцы, а иногда годы. Если нет способа остановить прогрессирование основного заболевания, нельзя говорить пациенту, что «больше ничего нельзя сделать». Это никогда не бывает абсолютной истиной и может выглядеть как отказ от оказания помощи. В такой ситуации можно и нужно оказывать психологическую поддержку и контролировать патологические симптомы. Паллиативная медицинская помощь призвана сопровождать пациента до конца его дней.

Во исполнение Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации», приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», комитета здравоохранения Волгоградской области от 27.08.15 № 2853 «Об организации паллиативной медицинской помощи взрослому населению на территории Волгоградской области в амбулаторных условиях», в ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28» в соответствии с локальным приказом от 28.03.2016 № 395 организован кабинет паллиативной медицинской помощи для оказания паллиативной медицинской помощи населению Дзержинского района города Волгоград с общей численностью прикрепленного населения 142 174 человека.

Сотрудники кабинета паллиативной медицинской помощи ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28» стараются сделать всё, чтобы облегчить страдания и боль неизлечимых пациентов. Как вести себя, о чём разговаривать... Это тяжелобольные люди, они нуждаются в большом внимании, требуют времени, мягкого к ним отношения. Специалисты кабинета оказывают пациентам паллиативную медицинскую помощь, включающую обезболивание, адъювантную и симптоматическую терапию, дезинтоксикацию, направленные на улучшение качества жизни пациентов.

На начало 2017 года в кабинете паллиативной медицинской помощи ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28» состоял на учете 61 человек, из них пациенты со злокачественными заболеваниями составили 45 человек (73,8%), болезнями нервной системы — 14 (23%), прочими заболеваниями — 2 (3,2%).

За 9 месяцев 2017 года число обратившихся за паллиативной медицинской помощью пациентов составило 73 человека, из них имели злокачественные новообразования — 57 (78,1%), болезни нервной

системы – 15 (20,5%), болезни сердечно-сосудистой системы – 1 (1,4%).

Структура заболеваний у пациентов, принятых на учет в кабинет паллиативной медицинской помощи, сложилась следующим образом:

- Цереброваскулярные болезни – 15 человек (20,6%).
- Злокачественные новообразования:
  - органов дыхания – 6 (8,2%), из них легкого – 5 (6,8%), гортани – 1 (1,4%);
  - мочевых путей – 5 (6,8%), из них почки – 4 (5,5%), мочевого пузыря – 1 (1,4%);
  - полости рта – 2 (2,7%), из них ротоглотки – 2 (2,7%);
  - органов пищеварения – 25 (34,2%), из них пищевода – 1 (1,4%), желудка – 6 (8,2%), ободочной кишки – 6 (8,2%), ректосигмоидного отдела – 1 (1,4%), прямой кишки – 2 (2,7%), анального канала – 1 (1,4%), поджелудочной железы – 5 (6,8%), печени – 1 (1,4%), желчного пузыря – 2 (2,7%);
  - молочной железы – 4 (5,5%);
  - женских половых органов – 5 (6,8%), из них вульвы – 2 (2,7%), матки – 3 (4,1%);
  - мужских половых органов – 4 (5,5%), из них предстательной железы – 4 (5,5%);
  - лимфоидной, кроветворной тканей – 2 (2,7%);
  - головного мозга – 1 (1,4%);
  - кожи – 1 (1,4%);
  - неуточненных локализаций – 2 (2,7%).
- Ишемическая болезнь сердца – 1 (1,4%).

Согласно представленным данным, наибольшее количество пациентов, наблюдающихся в кабинете паллиативной медицинской помощи ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28», страдают онкологическими заболеваниями, из которых основную массу составляют злокачественные новообразования органов системы пищеварения.

Возрастное распределение пациентов, принятых на учет в кабинете паллиативной медицинской помощи в 2017 году, выглядит следующим образом: 18-30 лет – 0 человек; 31-40 лет – 3 (4,1%); 41-50 лет – 1 (1,4%); 51-60 лет – 10 (14%); 61-70 лет – 27 (36,7%); 71 и более лет – 32 (43,8%).

За 9 месяцев 2017 года умерли 102 человека (от злокачественных новообразований – 81 (79,4%),

болезней нервной системы – 19 (18,6%), прочих – 2 (2%)).

На 01.10.2017 года на учете в кабинете паллиативной помощи ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28» состоят 32 человека (злокачественные новообразования – 21 (65,6%), болезни нервной системы – 10 (31,3%), прочие – 1 (3,1%)). За 9 месяцев 2017 года были госпитализированы на паллиативные койки 23 человека (11,8%).

Сравнительная характеристика аналогичных показателей прошлого года пока невозможна, т.к. кабинет паллиативной медицинской помощи открыт с апреля 2016 года.

В соответствии с письмом главного внештатного специалиста комитета здравоохранения Волгоградской области по паллиативной медицинской помощи от 28.09.16 в ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28» при кабинете паллиативной медицинской помощи для пациентов и их родственников создана «школа здоровья» по уходу за тяжелобольными в амбулаторных условиях и на дому, по обезболиванию и нивелированию тяжелых симптомов заболевания. За 9 месяцев 2017 года проведены занятия с пациентами и их родственниками, количество обученных уходу за тяжелобольными составило 98 человек, по обезболиванию, нивелированию тяжелых симптомов – 109 человек.

Востребованность в кабинетах паллиативной медицинской помощи неуклонно возрастает в связи с ростом числа пациентов, нуждающихся в лечении тяжелых проявлений заболевания и улучшении качества жизни. Необходимость в оказании паллиативной медицинской помощи возникает на этапах течения прогрессирующего заболевания, когда пациент в силу тяжелого физического состояния нуждается в эффективном и своевременном избавлении от боли и других патологических симптомов, поддержании приемлемого качества жизни. Основными направлениями при оказании паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам, помимо уменьшения физических страданий, являются адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющие подготовить членов семьи к неизбежному финалу.

Поступила 16.11.2017 г.

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616.851+616.711+616.832]-001-06

Булюбаш И.Д., Грознова Е.В.

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ МОТИВАЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Надежда на положительный результат реабилитации является одним из эффективных механизмов приспособления у пациентов с последствиями спинномозговой травмы (ПСМТ). В статье оцениваются психологические факторы, поддерживающие позитивное мотивационное состояние (надежду) в восстановительном процессе. Обследовано 50 пациентов с ПСМТ, проведен корреляционный анализ между степенью выраженности надежды на успех и степенью выраженности других психологических факторов. Выделены факторы, вносящие наибольший вклад в поддержание надежды – степень стрессоустойчивости, степень психологического благополучия, эмоциональное состояние и социальное окружение. Указанные факторы являются фокусами работы психотерапевта, ориентированного на достижение позитивного мотивационного состояния у пациентов с ПСМТ.

Ключевые слова: пациенты с последствиями спинномозговой травмы, реабилитация, приспособительные механизмы, надежда, психологические факторы.

The hope for a positive result of rehabilitation is one of the effective mechanisms of adaptation in SCI patients. The article evaluates psychological factors that support a positive motivational state (hope) in the rehabilitation process. A total of 50 patients with SCI were examined, a correlation analysis was made between the degree of hope expressed for success and the severity of other psychological factors. The factors that contribute the most to the maintenance of hope are determined: the degree of hardiness, the degree of psychological well-being, the emotional state and the social environment. These factors are focuses of the work of the therapist, aimed at achieving a positive motivational state in patients with SCI.

Keywords: spinal cord injury patients, rehabilitation, mechanisms of adaptation, hope (positive motivational state), psychological factors.

**Булюбаш И.Д.** – с.н.с., канд. мед. наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава России – ФГБУ «ПФМИЦ» Минздрава России

**Грознова Е.В.** – стажер (психолог), магистрант Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Нижегородский государственный педагогический университет имени Козьмы Минина (Мининский университет)»

Одним из эффективных приспособительных механизмов при спинномозговой травме называют способность поддерживать надежду на лучший исход ситуации [10, 12]. Надежда поддерживает мотивацию выжить и продолжать жить [13]. В своей работе, посвященной надежде, как копинг-стратегии пациентов с последствиями спинномозговой травмы, Н. Davies (1993) подчеркнул, что целенаправленная надежда, базирующаяся на реалистическом восприятии жизни, является одним из главных факторов восстановительного процесса [6]. С точки зрения С.Р. Snyder (1991), надежда индивидуума на успех своей деятельности представляет собой положительное мотивационное состояние [16].

Способность сохранять надежду нередко связывают с качеством социальных интеракций, эмоциональным статусом и нарушениями поведения [8]. Способность испытывать надежду характерна для пациентов с более высоким уровнем образования, хорошей социальной поддержкой и высокой самооценкой [15]. В исследовании Р. Dorsett (2010) почти три четверти пациентов с последствиями спинномозговой травмы (ПСМТ) отметили важную роль надежды на выздоровление сразу после травмы и надежды на хорошее качество жизни в более поздние сроки. Она может носить разный характер: надежда на полное выздоровление (нереалистическая позиция), надежда на успехи в лечении, надежда на то, что жизнь в будущем будет удовлетворять пациента [7].

Сохранение, формирование и изменение характера надежды пациента с ПСМТ является процессом, который может поддерживаться различными психологическими и социальными факторами. В исследованиях, посвященных надежде, акцентируется роль эмоционального состояния, качества социальных контактов и уровня самооценки пациентов с ПСМТ. Крах надежд пациента на полное выздоровление определяет нередко развитие депрессивных состояний, наличие которых уменьшает эффективность восстановительных мероприятий за счет снижения мотивации и двигательной активности пациентов [8, 15].

В то же время спектр и характер психологических факторов, определяющих наличие и выраженность надежды пациентов, может оказаться гораздо более обширным, чем в вышеуказанных работах. При этом работа психотерапевта (клинического психолога), учитывающего эти факторы, может вносить существенный вклад в поддержку надежды, а значит, и использование пациентом с ПСМТ всего потенциала восстановительного лечения не только напрямую, но и косвенно, через психотерапевтическую работу с навыками, качествами и состояниями, поддерживающими или препятствующими формированию надежды.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования стало выделение психологических факторов, связанных с выраженностью надежды на успех у пациентов с ПСМТ (и ее отдельных составляющих) для определения психотерапевтических мероприятий, имеющих своим фокусом достижение положительного мотивационного состояния.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено психологическое исследование 50 пациентов (39 мужчин и 11 женщин) с последствиями спинномозговой травмы, находившихся на стационарном восстановительном лечении в отделении реабилитации ФГБУ ПФМИЦ МЗ РФ с 2016 по 2017 г. Возрастной состав пациентов: 18-20 лет – 3 человека, 21-30 лет – 16 человек, 31-39 лет – 23 человека, 41-49 – 5 человек, 50-59 лет – 3 человека. При этом параплегия (парапарез) отмечалась у 29 пациентов, тетраплегия (тетрапарез) у 21 пациента с ПСМТ. Период после травмы у пациентов с ПСМТ в среднем составлял 38,3 месяца.

К исследуемым психологическим факторам мы отнесли: вовлеченность, контроль, принятие риска, общую жизнестойкость, выраженность тревоги и депрессии, наличие хороших отношений с другими, автономию, способность влиять на окружение, личностный рост, степень самопринятия, баланс аффекта, осмысленность жизни, открытость, а также общий уровень психологического благополучия. Все эти психологические факторы определялись с помощью опросников – опросника жизнестойкости (С. надди), госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы психологического благополучия К. Рифф.

В работе были использованы следующие опросники:

1. Русскоязычная версия шкалы надежды Ч. Снайдера [2, 16], оценивающая надежду как положительное мотивационное состояние (вместе с ее составляющими: планирова-

нием действий для достижения цели и действием как стремлением к цели, сопровождающееся чувством успешности своей деятельности).

2. Тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева [3], измеряющий показатели общей жизнестойкости, а также ее составляющие: вовлеченность, контроль и принятие риска (действия в условиях неопределенности).
3. Шкала психологического благополучия К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой и Т.П. Фесенко [4], измеряющая величину общего уровня психологического благополучия, так и его составляющих: положительных отношений с другими людьми, автономию, способность к управлению окружением, личностному росту, наличия целей в жизни, баланса аффекта, осмысленность жизни, способности к интеграции жизненного опыта.
4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), оценивающая выраженность тревоги и депрессии [17].

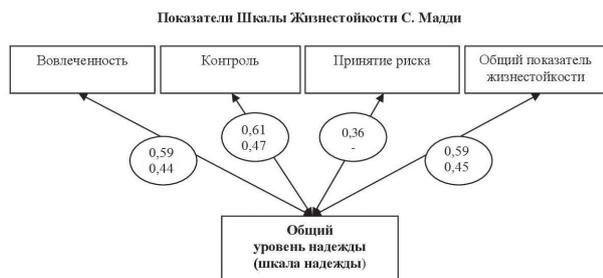
Для изучения взаимосвязей между показателями, характеризующими положительное мотивационное состояние, и факторами, которые потенциально могут поддерживать надежду на успех или препятствовать ей, у пациентов с ПСМТ проводился корреляционный анализ (программа Statistica 6.1). Использовались ранговый коэффициент корреляции Спирмена ( $r_s$ ) и гамма-корреляция ( $r_\gamma$ ). Принятый уровень статистической значимости – менее или равен 0,05. Интерпретация производилась исходя из уровня силы связи:  $r > 0,01 \leq 0,29$  – слабая положительная связь,  $r > 0,30 \leq 0,69$  – умеренная положительная связь,  $r > 0,70 \leq 1,00$  – сильная положительная связь,  $r > -0,01 \leq -0,29$  – слабая отрицательная связь,  $r > -0,30 \leq -0,69$  – умеренная отрицательная связь,  $r > -0,70 \leq -1,00$  – сильная отрицательная связь. В работе представлены только умеренные и сильные достоверные корреляционные связи (слабые достоверные связи между величинами опущены).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Надежда и жизнестойкость пациентов с ПСМТ.

В связи с гипотезой о наличии связей между жизнестойкостью и положительным мотивационным состоянием у пациентов с ПСМТ определялись корреляционные связи между общим уровнем надежды и показателями, характеризующими как общую жизнестойкость, так и ее составляющие: вовлеченность, контроль и принятие риска.

При анализе корреляционных связей между общим показателем надежды и общим показателем жизнестойкости были обнаружены значимые умеренные положительные взаимосвязи (рис. 1), что, с нашей точки зрения, свидетельствует о суще-



\*Верху овала находится величина коэффициента корреляции по Спирмену, ниже величина гамма-корреляции.

\*\*Показаны только умеренные и сильные значимые корреляционные связи.

Рис. 1. Взаимосвязи между уровнем надежды (шкала надежды) и показателями, определяющими жизнестойкость пациента с ПСМТ (тест жизнестойкости С. Мадди)

ственной роли жизнестойкости и ее составляющих в способности поддерживать положительное мотивационное состояние, и наоборот. При этом в структуре жизнестойкости основную роль играют такие ее характеристики, как вовлеченность и контроль, и в меньшей степени фактор принятия риска, уровни которых напрямую связаны с общим уровнем надежды.

Надежда и эмоциональное состояние пациентов с ПСМТ.

При анализе корреляций между выраженностью депрессии и уровнем надежды пациентов с ПСМТ обнаружилось, что показатель «Общий уровень надежды» ожидаемо негативно коррелирует с показателем «Депрессия» ( $r_s = -0,48$ ,  $r_\gamma = -0,35$ ), что свидетельствует о необходимости диагностики и коррекции эмоционального состояния пациентов с ПСМТ. При этом показатель «Депрессия» связан умеренной отрицательной корреляционной связью с показателем «Действие» ( $r_s = -0,44$ ,  $r_\gamma = -0,31$ ) и показателем «Планирование достижения цели» ( $r_s = -0,38$ ,  $r_\gamma = -0,30$ ) шкалы надежды Ч.Р. Снайдера. Таким образом, при повышенном уровне депрессии страдает именно целенаправленное деятельное поведение, которое, собственно, и поддерживает положительное мотивационное состояние – надежду на успех.

Надежда и психологическое благополучие пациентов с ПСМТ.

На современном этапе развития медицины большинство пациентов, получивших спинномозговую травму, выживают и продолжают жить. В связи с этим в дальнейшем большое значение приобретает качество их жизни и уровень их психологического благополучия. Поэтому нами были проанализированы взаимосвязи между выраженностью позитивного мотивационного состояния (надежды) и степенью выраженности психологического благополучия пациентов с ПСМТ (а также теми факторами, которые составляют психологическое благополучие в целом). Результаты корреляционного анализа демонстрирует рисунок 2.



\*Верху овала находится величина коэффициента корреляции по Спирмену, ниже величина гамма-корреляции.

\*\*Показаны только умеренные и сильные значимые корреляционные связи.

Рис. 2. Взаимосвязи между общим уровнем надежды пациентов с ПСМТ, а также общим уровнем и составляющими их психологического благополучия

Данные результаты свидетельствуют о том, что наличие или формированию позитивного мотивационного состояния у пациентов с ПСМТ могут способствовать такие факторы, как положительные отношения с другими людьми, способность к управлению окружением, наличие жизненных целей, осмысленность жизни и самопринятие, и наоборот. Достоверные отрицательные корреляционные взаимосвязи были обнаружены между показателями «Общий уровень надежды» и «Баланс аффекта». Высокие значения последнего свидетельствуют о негативной самооценке, неудовлетворенности собственной жизнью, ощущении своей никчемности и бессилия, неспособности поддерживать положительные отношения с окружающими, неверии в свои силы и способности. В связи с этим при высоких значениях этого показателя можно прогнозировать наличие или формирование у пациентов с ПСМТ негативного мотивационного состояния (безнадежность). Это, несомненно, может сказаться на эффективности восстановительного процесса, а также на степени приспособления к последствиям травмы, поскольку, как показано на рисунке 1, способствует уменьшению целенаправленного деятельного поведения пациентов в восстановительном процессе

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Обнаруженные нами умеренные положительные взаимосвязи между степенью выраженности позитивного мотивационного состояния (общий показатель надежды) и степенью стрессоустойчивости пациентов с ПСМТ (общий показатель жизнестойкости, показатели «Вовлеченность» и «Контроль») определяют важность диагностики и психотерапевтической поддержки данных факторов, как факторов, вносящих свой вклад в позитивное мотивационное состояние пациентов. Это, в свою очередь, дает возможность пациентам использовать весь имеющийся в их распоряжении потенциал восстановительного лечения. Поэтому в работе с пациентом

психотерапевт или клинический психолог должны ориентироваться как на поддержание целенаправленной надежды с фокусированием на прогрессе восстановительного лечения, так и на поддержку жизнестойкости (стрессоустойчивости) пациентов посредством обучения методикам управления стрессом. Важность такой ориентации подтверждается работами, авторы которых рассматривают надежду как одну из эффективных копинг-стратегий [7, 12]. Наше исследование позволяет нам предположить, что поддержка психотерапевтом стрессоустойчивости внесет дополнительный вклад в положительное мотивационное состояние пациентов с ПСМТ.

Деятельное и целенаправленное поведение пациента (показатели «Действие» и «Планирование достижения цели» шкалы надежды) вносит свой вклад в положительное мотивационное состояние пациента с ПСМТ. Соответственно, высокий уровень депрессии, способствующий снижению активной деятельности (наличие отрицательных умеренных корреляционных связей между надеждой с ее составляющими и уровнем депрессии), таким образом, будет способствовать снижению эффективности восстановительного процесса. С нашей точки зрения, это свидетельствует о том, что стратегия работы психотерапевта с данной группой пациентов должна быть направлена как на поддержание надежды на успех, так и на снижение уровня депрессии, а кроме того, еще и на способствование конкретной деятельности пациентов для реализации их собственных жизненных выборов. Это может быть сделано с помощью:

- психотерапии и психофармакотерапии;
- помощи пациенту в осмыслении и ассимиляции опыта своей болезни;
- тренингов постановки и достижения цели [9, 14];
- индивидуальной работы с жизненными планами пациента [1].

Поскольку положительное мотивационное состояние (надежда на успех) пациентов с ПСМТ и их психологическое благополучие взаимосвязаны, психотерапевту или клиническому психологу имеет смысл работать в направлении улучшения каждого из факторов, достоверно вносящих свой вклад в достижение позитивного мотивационного состояния. С нашей точки зрения, интервенции психотерапевта в отношении пациентов с ПСМТ, имеющие своей целью достижение позитивного мотивационного состояния, должны находиться в рамках следующих стратегий:

- способствование формированию положительных отношений с другими людьми, навыков управления окружением (групповая работа с пациентами с ПСМТ, форумы) [5, 11];
- планирование способов достижения целей восстановительного лечения и жизненных целей (тренинги) [9, 14];

– индивидуальная работа с пациентом, направленная на осмысление своего жизненного опыта и опыта болезни, самопринятие.

## ВЫВОДЫ

Найденные в исследовании положительные умеренные взаимосвязи между положительным мотивационным состоянием (надеждой), степенью стрессоустойчивости, уровнем психологического благополучия и эмоциональным состоянием пациентов с ПСМТ свидетельствуют о необходимости включения в их восстановительный процесс как психодиагностических, так и психотерапевтических мероприятий.

К направлениям работы психотерапевта, имеющей своей целью достижение положительного мотивационного состояния у пациентов с ПСМТ, относятся: а) противодействие изоляции пациента, способствование расширению и укреплению позитивных связей с окружением (групповая терапия, группы поддержки, работа по расширению спектра социальных и коммуникативных навыков); б) обучение планированию и достижению жизненных целей, в т.ч. целей восстановительного лечения (тренинги постановки и достижения целей, ассертивности), в) снижение уровня депрессии; г) индивидуальная работа, нацеленная на осмысление своего жизненного опыта, опыта болезни, самопринятие.

### Литература:

1. Булюбаш И.Д. Краткое руководство по психологической реабилитации пациентов с последствиями спинномозговой травмы. – Нижний Новгород: БегемотНН, 2014. – 104 с.
2. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семенов Д.В. Русскоязычная версия шкалы надежды Ч.Р. Снайдера // Современные научные исследования и инновации. – 2014. – №7. С. 56-60.
3. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
4. Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П.. Психологическое благополучие личности // Психологическая диагностика. – 2005. – №3. С. 95-121.
5. Anderson C., Balik A., Rubens J., Thoreson J. Implementation and Evaluation of a Pilot Support Group for Individuals with Spinal Cord Injuries // UW-L J. Undergr. Res. – 2003. – Vol.6, № 1. – P. 1-11.
6. Davies H. Hope as a Coping Strategy for the Spinal Cord Injured Individual // Axone, 1993. – Vol. 15, № 2. – P. 40-46.
7. Dorsett P.A. The Importance of Hope in Coping with Severe Acquired Disability // Australian Social Work. – 2010. – Vol. 63, № 1. – P. 83-102.
8. Elliott T.R., Witty T.E., Herrick S., Hoffman J.T. Negotiating Reality after Physical Loss: Hope, Depression and Disability // J. Pers. Soc. Psychol. – 1991. – Vol. 61, № 4. – P. 608-613.
9. Kennedy P. Coping Effectively With Spinal Cord Injuries: A Group Program. Oxford University Press, Inc. – 2009. – 96p.

10. Krause J.S., Edles P.A. Injury perceptions, hope for recovery, and psychological status after spinal cord injury // *Rehabil. Psychol.* – 2014. – Vol. 59, №2. – P. 176-182.
11. Leeuwen C.M., Post M.W., van Asbeck F.W., van der Woude L.H., de Groot S, Lindeman E. Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation // *J. Rehabil. Med.* – 2010 – V. 42, №3. – P. 265-271.
12. Livneh H., Martz E. Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury // *Rehabil. Psychol.* – 2014. – Vol. 59, №3. – P. 329-339.
13. Lohne V., Severinsson E. The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury // *J. Clin. Nurs.* – 2006. – Vol. 15, №3. – P. 15-23.
14. Mastos M., Miller K., Eliasson A.C., Imms C. Goal-directed training: linking theories of treatment to clinical practice for improved functional activities in daily life // *Clin. Rehabil.* – 2007. – Vol. 21, №1. – P. 47– 51.
15. Piazza D., Holcombe J., Foote A., Paul P., Love S., Daffin P. Hope, social support and self-esteem of patients with spinal cord injuries // *J. Neurosci Nurs.* – 1991. – Vol. 23, №4. – P. 224-230.
16. Snyder C.R., Harris C., Anderson J.R., Holleran S.A., Irving L.M., Sigmon S.T., et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 1991. – Vol. 60, №4. – P. 570-585.
17. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67, №6. – P. 361-370.

Поступила 17.11.2017 г.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016  
УДК 616.89; ББК 56.14

Березанцев А.Ю.<sup>1</sup>, Стражнев С.В.<sup>2</sup>

## РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

<sup>1</sup>Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России  
<sup>2</sup>Московская городская поликлиника № 212

*В статье обсуждаются вопросы психического здоровья женщин, перенесших радикальные операции по поводу раковых заболеваний репродуктивной системы. Излагаются наиболее актуальные психолого-психиатрические проблемы у этого контингента пациентов в контексте общих вопросов психоонкологии – актуального направления практической медицины. Обсуждаются вопросы специфики психотерапевтических вмешательств у пациентов с онкологической патологией. Излагается оригинальная концепция развития психических расстройств у онкологических больных с позиций системного биопсихосоциального подхода.*

*Ключевые слова: опухоли женской репродуктивной системы, психоонкология, психические расстройства, психотерапия, реабилитация, качество жизни.*

*The article discusses the mental health of women who undergo radical surgery for cancers of the reproductive system. Outlines the most current psychological and psychiatric problems in this population of patients in the context of General issues of psycho-oncology— actual problems of practical medicine. Discusses the specifics of psychotherapeutic interventions in patients with cancer. Outlines the original concept of the development of mental disorders in cancer patients from the positions of the biopsychosocial approach.*

*Key words: Tumors of the female reproductive system, psycho-oncology, mental disorders, psychotherapy, rehabilitation, quality of life.*

**Березанцев А.Ю.** — доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной и судебной психиатрии института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

**Стражнев С.В.** — доктор медицинских наук, врач-онколог Московской городской поликлиники № 212

### ВВЕДЕНИЕ

Как научно-практическое направление медицины психоонкология существует уже четыре десятка лет. Возникнув на стыке онкологии, психиатрии и клинической психологии, в настоящее время эта область знаний превратилась в отдельную специальность — развитую междисциплинарную отрасль, основная цель которой — не только улучшение качества жизни больного с онкологической патологией, но как сверхзадача — продление его жизни и выздоровление. Психоонкология занимается двумя психологическими факторами, вызываемыми таким недугом, как рак: эмоциональной реакцией пациентов на всех стадиях заболевания, членов их семей и лиц, осуществляющих уход за больными (психосоциальный фактор), а также психологическими, поведенческими и социальными факторами, которые могут влиять на заболеваемость и смертность вследствие онкологических заболеваний (психобиологический фактор) [10]. Таким образом, постулируется биопсихосоциальная модель онкологической патологии, в соответствии с которой мишенями терапевтических вмешательств является не только сам пациент, но и вся окружающая его система социальных отношений (медицинский персонал, субъекты семейной и социальной среды). Получены многочисленные научные

данные, подтверждающие эффективность психосоциальных вмешательств у больных онкологического профиля, о чем свидетельствуют некоторые оценки исходов заболевания [8, 13]. На современном уровне эффективная психоонкологическая помощь, помимо лекарственной коррекции, подразумевает психобразование, доступ к образовательным и психотерапевтическим группам, индивидуальную когнитивно-бихевиоральную, экзистенциальную психотерапию, а также терапию, основанную на работе с чувством собственного достоинства [14]. Метаанализ результатов психообразовательных и психотерапевтических вмешательств при лечении рака показал, что получены неопровержимые свидетельства эффективности психотерапии, снижающей уровень дистресса, тревоги и депрессии [7,11,12].

Совершенствование методов лечения онкологических заболеваний, ставящего своей целью увеличение выживаемости онкологических пациентов, неизбежно привело к осознанию ценности и такого понятия в онкологии, как «качество жизни» (КЖ), необходимости разработки надежных инструментов для оценки качества жизни и лечебно-реабилитационных мероприятий, способствующих его повышению. В онкологических исследованиях оценка КЖ является важным критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение. Одно из важных мест в улучшении качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями и коррекции возникшей на их фоне психопатологической симптоматики также занимают различные психосоциальные вмешательства [2, 3]. Отмечено улучшение показателей качества жизни после применения психотерапевтических методов лечения [9]. Снижение уровня стресса и нормализация эмоционального состояния

пациента не просто улучшает качество жизни, но и непосредственно влияет на нормализацию гормонального и иммунного статуса. Позитивные физиологические эффекты психотерапии были подтверждены экспериментально. Так, в работе R. Brånström, P. Kvillemo, T. Akerstedt, 2013 [6] показано, что сеансы основанной на осознанности когнитивной терапии снижают уровень кортизола у пациентов с онкологическими заболеваниями и оказывают регулирующей эффект на выраженность психосоматического стресса. Совершенствование методов лечения рака, несомненно, ставит новые задачи перед психоонкологией. На неизбежные различия клинических проявлений аффективных расстройств у онкологических больных на их различных жизненных этапах указывает академик А.Б. Смулевич, 2013 [5], который считает, что прорыв, достигнутый на современном уровне развития медицины, приводит к увеличению числа пациентов с удлиняющейся продолжительностью жизни (тем самым расширяется категория «выживших после рака», *cancersurvivors*) и включению ряда онкологических заболеваний, считавшихся ранее фатальными, в число потенциально курабельных, приобретающих статус хронических болезней. Проведенные исследования свидетельствуют о существовании у этого все более обширного контингента онкологических больных широкого спектра психических расстройств, психопатологические проявления которых существенно отличаются от острых психогенных реакций, наблюдающихся на начальных (диагностических и ближайших последующих) этапах онкологической патологии.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 158 пациенток с верифицированными диагнозами злокачественной патологии репродуктивной системы (из них 110 человек с опухолями молочной железы и 48 – с гинекологической онкопатологией), находившихся после стационарного лечения с применением радикальных хирургических операций на различных этапах диспансерного наблюдения [1]. У 75 (68,18%) обследованных пациенток с раком молочной железы и 32 (66,67%) пациенток с онкогинекологией были выявлены нозологически очерченные психические расстройства пограничного уровня; у 35 (31,82%) пациенток с раком молочной железы и 16 (33,33%) пациенток с онкогинекологией – донозологические расстройства, которые представляли из себя нерезко выраженные, атипичные (неспецифичные) симптомы, не укладывающиеся в какую-либо диагностическую рубрику МКБ-10. У некоторых пациенток по прошествии уже нескольких лет (пять и более) после проведенной операции и курсов химиотерапии, с благоприятным соматическим статусом и прогнозом, психическое состояние характеризовалось ригидными астено-де-

прессивно-фобическими симптомами с тревожным ожиданием рецидива онкологического заболевания. Подобным пациенткам была свойственна низкая мотивация к включению в психотерапевтический процесс и недостаточность личностных ресурсов для освоения приемов когнитивно-поведенческой терапии. Исследования копинг-стратегий и механизмов личностных защит выявило несостоятельность сознательных адаптивных механизмов совладания со стрессом (КМ) у большинства пациенток, а также напряженное использование дезадаптивных бессознательных механизмов психологических защит (МПЗ). С учетом клинических и индивидуально-психологических показателей применялись разновидности психотерапевтических техник. Так, выявление у пациенток грубых проявлений психологических защит («отрицание», «вытеснение» и «регрессия») служило дополнительным показанием к гипнотерапии. Лица с более адаптивными защитными механизмами, но низко оценившие такие области своей жизни, как «социальные отношения», «окружающая среда», были настроены на активную работу с психотерапевтом и обсуждение проблем взаимоотношений, появившихся как в связи с онкологическим заболеванием, так и существовавшим до него и служившим источником дистресса. Когнитивная терапия в данном случае воспринималась пациентками как более приемлемая.

Для оценки эффективности первоначально был проведен сравнительный анализ клинических и социально-психологических характеристик пациенток, проходивших и не проходивших психотерапию, до и после курса лечения. Курс психотерапевтического лечения прошли 54 пациентки. Далее была выделена группа из 26 пациенток, не проходивших психотерапию, состояние которых также оценивалось в динамике. Эта группа послужила контрольной для оценки эффективности психотерапевтического вмешательства. Курс гипнотерапии в основной лечебной группе длился от 6 до 10 месяцев, курс когнитивно-бихевиоральной терапии от 1,5 до 7 месяцев. Состояние пациенток контрольной группы оценивалось в динамике через 6-8 месяцев после первичного обследования. До психотерапевтического лечения группы имели различия в клинических характеристиках, параметрах качества жизни. Так, среднее значение по шкале депрессии Гамильтона у пациенток, не проходивших психотерапию, равно  $8,65 \pm 0,72$ , у женщин, проходивших психотерапию до начала лечения, –  $10,67 \pm 0,4$ ; различие в уровне депрессии достоверно,  $p < 0,001$  (U-критерий Манна-Уитни).

В процессе психотерапии отмечалась редукция психопатологической симптоматики у пациенток основной группы. Так, после проведения психотерапевтических мероприятий показатели депрессии по шкале Гамильтона уменьшилась с  $10,67 \pm 0,4$  до

4,95±0,14 ( $p < 0,0001$ ; критерий Вилкоксона). Уровень тревоги уменьшился с 9,44±0,4 до 3,55±0,14 ( $p < 0,0001$ ; критерий Вилкоксона). Результаты указывают на антидепрессивный и анксиолитический эффект психотерапии. В контрольной группе женщин, не было отмечено динамики психического статуса. До начала психотерапевтического лечения были отмечены достоверные различия по результатам опросника КЖ в основной и контрольной группах, а именно: средний балл по «физической сфере», «психологической сфере», «социальным отношениям», «духовной сфере» и общий балл были достоверно ниже у пациенток основной терапевтической группы. Средний балл по «окружающей среде» у данной группы был, напротив, достоверно выше, чем у женщин контрольной группы. После проведения психотерапевтических мероприятий у пациенток основной группы отмечено достоверное улучшение показателей КЖ по всем параметрам. Достоверность сдвига по всем сферам достаточно высока ( $p < 0,0001$ ; критерий Вилкоксона). У пациенток контрольной группы показатели качества жизни не имели достоверного сдвига в динамике. Таким образом, объективная динамика психического статуса в процессе психотерапии свидетельствовала об эффективности психотерапевтического вмешательства.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение пациенток с онкологической патологией репродуктивной системы в рамках проведенного исследования, а также личный клинический опыт автора статьи позволяет утверждать, что с известной долей условности можно выделить три основных этапа в жизни больных с онкологической патологией, каждый из которых обладает специфическим негативным для личности нозогенным потенциалом (имеются в виду прежде всего пациенты со своевременно диагностированным заболеванием, имеющие оптимистический прогноз после проведения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий).

- Диагностический этап, на котором пациент получает известие о наличии у него злокачественной опухоли. Вектор личностного реагирования в этот относительно непродолжительный период времени (от установления диагноза рака до оперативного вмешательства либо иных лечебных мероприятий) определяется личностными особенностями пациента, возрастом и условиями социального окружения. Личностные реакции могут варьировать от взвешенного, рационального отношения к установлению онкологического диагноза с оптимистической установкой на необходимость лечения и преодоления болезни до острых психогенных реакций, сопровождающихся глубоким субъективным личностным кризисом с тревожно-депрессивной, гипоманиакальной и диссоциативной симптоматикой. В любом случае известие о заболевании, даже

если не приводит к формированию клинически очерченной нозогенной реакции, как правило, оказывает существенное влияние на психологическое состояние пациента, влечет за собой определенную переоценку жизненных ценностей и приоритетов. Возникшая реальная угроза жизни влечет за собой состояние, описанное в психологии как экзистенциальный кризис, заставляет человека задуматься о собственной смертности, снимая психологический барьер, защищавший от этих неприятных мыслей. При наличии достаточного личностного ресурса и зрелых психологических механизмов совладания (копинг-механизмов — КП), а также адаптивной работе механизмов психологических защит (МПЗ) личность пациента мобилизуется и «вступает в бой» с болезнью, проходя необходимые этапы лечения.

- Этап интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий. Включает в себя проведение хирургических вмешательств и адъювантной терапии (химио и лучевой). Длительность данного периода (при отсутствии рецидива заболевания) от нескольких недель до нескольких месяцев и даже лет (при антигормональной терапии). Для пациента субъективно данный этап длится от трех до шести месяцев, когда проходит послеоперационный период, завершаются основные химиотерапевтические процедуры и пациент оказывается на попечении амбулаторной онкологической службы. В этот период к нозогенным воздействиям на личность добавляются биологические факторы, обладающие негативным соматотропным и нейротропным действием (операция и наркоз, химиопрепараты, лучевая терапия). Психосоциальные стрессоры приобретают новое качество. Помимо продолжающегося нозогенного стресса (неочевидность исхода заболевания, угроза рецидива) возникают новые и на неопределенный срок пролонгированные психосоциальные стрессы. Пациент возвращается к повседневной жизни в новом качестве — с утраченной или существенно сниженной трудоспособностью, перечеркнутыми карьерными перспективами (если болезнь настигла в молодом возрасте), возникающими кризисами в семейных и межличностных отношениях. Нередко возникает ощущение ненужности обществу, отсутствия жизненных перспектив, жизнь разделяется на «до» и «после» болезни. Формируется посттравматический стресс, связанный с заболеванием и его последствиями.

- Катамнестический этап. Наступает приблизительно через шесть месяцев после оперативных вмешательств и длится долгие годы, в течение которых пациент должен адаптироваться к новым реалиям, связанным с его здоровьем и социальным статусом. После этапа интенсивных терапевтических вмешательств ресурсы личности в значительной мере ослаблены как на психическом, так и на биологическом уровне. Часто наблюдается своего рода феномен личностного выгорания, когда, выйдя из активной фазы борьбы с онкологическим заболеванием, требовавшей от пациента

полной мобилизации сил, внезапно наступает ощущение упадка, отсутствия физических и личностных ресурсов для преодоления последствий болезни. В психическом состоянии пациента (даже в тех случаях, когда на предыдущих этапах не наблюдалось клинически дифференцированных нозогенных реакций) наступает шаткое равновесие, своего рода точка бифуркации, когда положительные воздействия в виде психотерапевтических вмешательств, психосоциальной поддержки со стороны родственников и т.д. могут оказать саногенное влияние и дать импульс к позитивной динамике и восстановлению психического состояния, а негативные факторы (в том числе иатрогенные) могут дать толчок к возникновению или хронизации пограничных психических расстройств. На катамнестическом этапе происходит трансформация первоначальных нозогенных реакций. Так, М.А. Самушия, Е.А. Мустафина, 2007 [4], выделяют в рамках психогенных реакций тревожно-депрессивные, тревожно-гипоманиакальные и тревожно-диссоциативные нозогенные реакции. В то же время все изученные этими авторами пациенты обследовались в среднем через 1,5–2,5 мес. после установления диагноза онкологического заболевания, на этапах прохождения очередного курса химио- или лучевой терапии, т.е. ещё на незавершенном этапе интенсивных лечебных мероприятий, и данные клинические проявления существенным образом отличаются от клинической картины пограничных психических расстройств, наблюдавшихся нами у аналогичного контингента больных на более отдаленных этапах наблюдения, спустя 0,5 года–8 лет. Клинические проявления, свойственные острым психогенным реакциям (гипоманиакальные, диссоциативные), на дальнейших этапах замещаются иной психопатологической симптоматикой – хронизированными тревожно-депрессивными расстройствами с навязчиво-фобической, астенической и нередко резидуально-органической симптоматикой.

Таким образом, на психическое состояние больных с онкологическими заболеваниями влияют множество факторов, которые можно разделить на три основных блока: клинико-соматический, клинико-психологический и социальный.

Клинико-соматический блок включает онкологический статус пациента, проводимые ему по данному поводу лечебные вмешательства и их возможные осложнения, прогноз развития заболевания. На всех своих этапах течения онкологического заболевания (независимо от эффективности проводимой терапии) обладает мощным стрессогенным влиянием на личность пациента, и сам факт установления диагноза может быть причиной возникновения пограничного психического расстройства. Безусловно, облегчает декомпенсацию психического состояния и побочные эффекты оперативных вмешательств и адъювантной терапии, которые оказывают астенизирующее влияние на психосоматический статус пациентов и снижа-

ют их адаптационные ресурсы на биологическом и личностном уровне. Нередко отмечается заострение имеющихся резидуально-органических стигм, и даже формирование расстройств, которые можно квалифицировать как органические тревожные и депрессивные расстройства. Актуальный соматический статус на каждом этапе течения онкологического заболевания можно определить как функциональный соматический диагноз, то есть набор клинических характеристик, обусловленных спецификой заболевания, этапом проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, вероятным прогнозом болезни.

Важное значение для адаптации пациентов в условиях онкологического заболевания имеют социальные факторы, в первую очередь семейные и микросоциальные отношения, степень сохранности трудовой адаптации. Заболевание раком, как правило, оказывает существенное влияние на социальное поведение пациентов, которое варьирует в широких пределах – может наблюдаться практически полная социальная аутизация (даже при благоприятном прогнозе заболевания) с разрывом всяких отношений с окружающими (родственниками, бывшими сослуживцами и т.д.). Обычно это мотивируется крайней субъективной нежелательностью возможных расспросов пациентов об их заболевании, ожидание проявлений «притворного» (по мнению пациентов) сочувствия и жалости в их адрес. В других случаях заболевание не оказывает очевидного влияния на жизнь пациентов и после проведения радикальных оперативных вмешательств и адъювантной терапии они возвращаются к привычной жизни и к прежней трудовой деятельности. В то же время даже объективно не нуждаясь в какой-либо регулярной психиатрической и психотерапевтической помощи, эти лица делились с психотерапевтами своим личностным опытом в связи с перенесенной ими болезнью и признавались, что заболевание раком, последствия оперативного вмешательства (например, у женщин после операции мастэктомии) сильно повлияли на их отношение к жизни и породили неизбежные тревоги и опасения как за свою жизнь и здоровье, так и за сохранность семейных отношений. По нашим наблюдениям, существенное адаптивное влияние на пациентов онкологического профиля, в условиях нарушенной трудоспособности, оказывает, помимо прочных семейных отношений, способность найти альтернативные виды деятельности. Так, имеются наблюдения в отношении длительно болеющих (до 10 и более лет) пациентов с неоперабельными онкологическими расстройствами, в связи с чем они вынуждены были регулярно проходить повторные курсы адъювантной терапии (химио- и лучевой). Несмотря на очевидную психическую и соматическую астенизацию, у данных лиц можно было констатировать отсутствие в психическом статусе очерченных аффективных расстройств. Стабильность их психического состояния обеспечивалась вниманием и заботой со стороны родственников, а также увлеченностью определенной деятельностью,

которая полностью поглощала их время и внимание (можно назвать это «хобби» — занятия любительской живописью, постоянные хлопоты по благоустройству дачи и т.д.). Констатация совокупности сохраненных и нарушенных сторон социальной адаптации пациентов можно обозначить как функциональный социальный диагноз, который оказывает не менее значимое влияние на их психический статус, чем собственно онкологическое заболевание.

Функциональный психиатрический диагноз у больных онкологического профиля включает не только констатацию психического расстройства, но и установление его взаимосвязей с преморбидными личностными особенностями и иной патологической «почвой» (например, резидуально-органическими проявлениями со стороны центральной нервной системы), степенью субъективной патогенности для личности онкологического заболевания с учетом его реального прогноза, локализации, характера функционирования КМ и МПЗ, а также контекста социального функционирования пациента.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, психотерапевтическое вмешательство у пациентов онкологического профиля тем эффективнее, чем на более ранних этапах оказания специализированной помощи оно осуществляется. По нашему мнению, критическим периодом для дальнейшей адаптации (либо дезадаптации) личности в ситуации болезни и неопределенности её исхода являются сроки от нескольких месяцев до года после установления диагноза и проведения радикальных хирургических вмешательств. В этот период, как правило, заканчиваются активные лечебные мероприятия (химиотерапия) и у пациента появляется возможность оценить наступившие изменения в своем здоровье и качестве жизни, социальном статусе. На данном этапе пациента можно сравнить с комбатантом, вышедшим из «боя» с болезнью и осмысляющим свой болезненный опыт. И то, как пройдет это осмысление — с позиций инкорпорирования этого опыта в собственную систему ценностей и жизненных смыслов, и в конечном итоге его рационального осмысления, что открывает дорогу дальнейшему личностному росту и развитию, либо в форме капитуляции перед болезнью, восприятием её как катастрофического жизненного события, навсегда и бесповоротно изменившего жизнь пациента, с формирова-

нием хронической депрессии и обсессивно-фобической симптоматики, — во многом зависит дальнейшее качество жизни пациента.

### Литература:

1. Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Стражев С.В., Спиртус А.М. Клинические и психосоциальные аспекты реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы // Психические расстройства в общей медицине. 2011; 1: 28-33.
2. Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. Психогенный кофактор канцерогенеза. Возможности применения гипнотерапии. — СПб.: Алетея, 2008. — 264 с.
3. Куприянова И.Е., Семке В.Я. Качество жизни и психическое здоровье. Томск, 2004. — 121 с.
4. Самушия М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы // Психические расстройства в общей медицине. 2007; 03: 11-16.
5. Смулевич А.Б. Депрессии в онкологической практике (клиника, типологическая дифференциация). Психические расстройства в общей медицине. 2013; 03: 4-8.
6. Bränström R., Kvillemo P., Akerstedt T. Effects of Mindfulness Training on Levels of Cortisol in Cancer Patients // Psychosomatics. The Journal of Consultation and Liaison Psychiatry. 2013; 54 (2): 158-164.
7. Devine E.C., Westlake S.K. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: metaanalysis of 116 studies. Oncology Nursing Forum 1995; 22: 1369-81.
8. Fawzy F.I., Fawzy N.W., Hyun C.S., et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later // Archives of General Psychiatry. 1993; 50: 681-689.
9. Hersh J. et al. Psychosocial intervention and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review // J. Psycho-Oncology. 2009; 18: 795-810.
10. Holland J. Psychooncology: where are we, and where are going? // J. Psychosocial Oncology. 1992; 2: 103-112.
11. Meyer T.J., Mark M.M. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a metaanalysis of randomized experiments. Health Psychology 1995; 14: 101-8.
12. Sheard T., Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. British Journal of Cancer 1999; 80: 1770-80.
13. Stein S., Hermanson K., Spiegel D. New directions in psycho-oncology // Current Opinion in Psychiatry. 1993; 6: 838-846.
14. Wolcott D.L., Jacobsen P.B., Loscalzo M.J. Supportive Oncology: New Models for the Role of Psychiatry in Cancer Care // Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry. Psychosomatic Medicine and Integrated Care. 2013; 11 (4): 471-481.

Поступила 22.11.2017 г.

Продолжение публикации

## «МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Начало см. в № 3 за 2017 год

### 7.

#### РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ (РЧА) НОВООБРАЗОВАНИЙ

Применение радиочастотной абляции для лечения нарушений ритма сердца началось только в 80-х годах. Первые же публикации относительно объема коагулируемой ткани в печени относятся к началу 60-х годов XX века.

В 80-х годах опубликованы и другие экспериментальные данные о применении радиочастотной абляции печени. В середине 90-х годов XX века появились первые сообщения о паллиативном лечении метастатического поражения печени с использованием радиочастотной абляции. А вскоре и лечения опухолей легких и почек.

В настоящее время в России не более 10 центров, занимающихся проблемой лечения метастатического рака печени. В основном они располагаются в крупных городах, областных центрах с сильной медицинской школой – Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Томске. Таким образом, потребность в данной высокотехнологичной медицинской помощи удовлетворяется не более чем на 15%. Другой проблемой, сдерживающей развитие данной методики, является дороговизна аппаратного обеспечения. Так, стоимость одноразового набора для радиочастотной абляции составляет до 1000 долларов США, стоимость одного сеанса криоабляции может составлять до 5000 долларов США.

#### 7.1. МЕТОДИКА ТЕРМОАБЛЯЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ (ФИЗИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АБЛЯЦИИ ТКАНЕЙ)

Основным элементом электрохирургической системы является электрогенератор. Высокочастотный ток передается на электроды. Аппарат нагревает прилегающие к электроду мягкие ткани высокочастотным током специальной формы. В процессе разогрева с периодичностью 2 мс контролируется импеданс тканей. Высокочастотный ток может подаваться однократно или циклически в течение заданного времени. При однократной подаче высокочастотный ток разогревает прилегающие к электроду ткани до температуры (95-110 °С) и в момент полного высушивания тканей подача тока автоматически прекращается. При циклической подаче аппарат в течение установленного времени повторяет следующие циклы: подача высокочастотного тока до разогрева (95-110 °С) и полного высушивания тка-

ней, выдержка паузы для увлажнения (уменьшения импеданса), возобновление подачи высокочастотного тока. Циклический процесс подачи тока, разогрева и высушивания, повторяющийся многократно, позволяет поддерживать высокую температуру в зоне абляции длительное время и достигать большого объема коагулированной ткани.

Форма и объем зоны абляции зависят от выбранного электрода и режима работы. Зона абляции делится на три области по степени поражения ткани: ближе к электроду расположена область высушивания (дессикации) мягких тканей; далее располагается область коагуляции мягких тканей; область девитализации располагается вокруг зоны коагуляции.

При увеличении длительности (экспозиции) процедуры абляции общая зона абляции растёт незначительно, однако область десикации увеличивается.

#### 7.2. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Абляцию опухолей применяют в тех случаях, когда невозможно выполнить радикальное оперативное лечение. Это может быть неоперабельность первичной опухоли или сопутствующая патология, которая делает невозможным выполнение радикальной операции в силу её объема и тяжести, но не препятствует выполнению абляции.

Согласно национальным рекомендациям, имеются следующие показания и противопоказания к радиочастотной абляции опухолей печени:

При чрескожном доступе: предшествующее радикальное хирургическое лечение первичной опухоли; отсутствие внепеченочных проявлений заболевания (при колоректальных метастазах); наличие в печени 5 и менее опухолевых узлов (при метастазах нейроэндокринного рака допускается большее количество узлов); диаметр узлов не более 5 см каждый (допустимо подвергать воздействию узлы исходно большего диаметра, но регрессировавшие в объеме под воздействием химиотерапии и других методов лечения); остаточная опухоль после ранее проведенной РЧА либо другого метода лечения; местный рецидив после ранее проведенной РЧА, резекции печени либо другого метода лечения; метастазы после ранее проведенной РЧА, резекции печени либо другого метода лечения.

Показания к проведению РЧА лапароскопическим доступом: отсутствие выраженных сращений; отсутствие стандартных противопоказаний для всех лапароскопических вмешательств; расположение

очага в зонах, доступных лапароскопии; подкапсульное расположение с возможным прилеганием к органам, которые в ходе вмешательства возможно отведением обезопасить от термического воздействия; при билобарном поражении печени наличие единичных небольших (до 5 см) узлов в правой доле, в то время как образование левой доли может быть удалено лапароскопически.

Показания к проведению РЧА в ходе открытого вмешательства: билобарное поражение, при котором возможно удалить большую часть пораженной печени и подвергнуть РЧА остающиеся очаги; прилегание к органам брюшной полости и забрюшинного пространства, магистральным сосудам и диафрагме, когда возможно отделение (резекция) этих участков; заранее планируемое сочетанное вмешательство; выраженные сращения, процесс в брюшной полости, особенно после ранее произведенных операциях на печени, когда патологический очаг расположен непосредственно по краю резекции; наличие кроме внутривенного еще и экстраорганического, но удалимого опухолевого узла; общее операбельное состояние пациента; согласие больного на выполнение данного вида лечения.

Противопоказания к проведению РЧА:

- 1) наличие у пациента искусственного водителя ритма с полиуретановым покрытием электродов;
- 2) цирроз печени класса «С» (по Чайлду);
- 3) некорректируемая коагулопатия;
- 4) прорастание петли кишки, желчного пузыря, стенки желудка на значительном протяжении;
- 5) диссеминация опухолевого процесса;
- 6) общие противопоказания к хирургическому лечению;
- 7) отказ пациента от выполнения данного вида лечения.

Показания к проведению радиочастотной абляции опухолей легких (по Herrera L.J. et al.):

1. Больные НМКРЛ I–II ст., не подлежащие хирургическому лечению по следующим причинам:
  - сопутствующие заболевания;
  - отказ пациента от хирургического лечения.
2. Больные, имеющие несколько метастазов в разных долях легких.
3. Рецидив опухоли менее чем через 6 месяцев после резекции легкого.
4. Диаметр опухоли до 4 см.
5. Согласие больного на проведение лечения.

Противопоказания к проведению гипертермической абляции опухолей печени (по L.J. Herrera et al.):

1. Расположение опухоли ближе 3 см от прикорневых структур.
2. Первичная опухоль не удалена.
3. Более 3 метастазов в каждом легком.
4. Общее количество метастазов более 5.
5. Имеется метастатический плеврит.

Показания к абляции первичного рака почки:

1. Пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, либо отказавшихся от хирургического лечения.
2. Наличие опухолевого узла до 5 см в диаметре (лучшие результаты при РЧА экзофитно расположенных опухолей до 3 см в диаметре).
3. Опухоль единственной почки.

Выполнение РЧА чрескожным или лапароскопическим доступом требует соблюдения ряда условий:

– при чрескожном доступе: четкая визуализация патологических очагов при УЗИ и КТ/МРТ (в зависимости от способа навигации); возможность достаточно безопасного доступа к опухолевому узлу (достаточная отдаленность от магистральных печеночных сосудов и желчных протоков); отсутствие прорастания (тесного контакта) диафрагмы, почки, желудка, кишки, желчного пузыря; невозможность выполнения оперативного вмешательства в силу соматического состояния; полная обеспеченность возможности экстренной лапаротомии и адекватности традиционного вмешательства; согласие больного на выполнение данного вида лечения;

– при лапароскопическом доступе: возможность обеспечения достаточно полноценного УЗ-контроля со стороны брюшной полости; полная обеспеченность возможности экстренной лапаротомии и адекватности традиционного вмешательства; согласие больного на выполнение данного вида лечения.

### 7.3. ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ И ИНСТРУМЕНТАРИЙ

В настоящее время на рынке имеется множество приспособлений для выполнения радиочастотной абляции тканей. Пожалуй, наиболее известным является аппарат Radionics Cool-Tip® Ablation System и набор водоохлаждаемых электродов RITA® Medical Systems (Angiodynamics, США). Эта система комплектуется тремя моделями многозубцовых электродов: Starburst XL, Starburst Xli и Starburst Flex. Starburst XL состоит из канюли 14 G, в которую помещены 9 зубчатых электродов. Когда зубчатые электроды полностью выдвинуты, они принимают конфигурацию «рождественской елки» с максимальным диаметром 5 см. Зубцы также могут быть выдвинуты частично для обработки меньшего объема ткани. В 5 из 9 электродов интегрированы термодары, все из которых активны. Starburst Xli также состоит из канюли 14 G с активным наконечником, содержащей 9 зубчатых электродов, которые могут быть развернуты до 7 см в диаметре. Из 9 зубцов в 4 имеются термодары, а 5 – полые активные электроды, через которые вводится физиологический раствор. Предотвращая обугливание в области абляции, вливание физиологического раствора увеличивает тканевую электрическую и тепловую проводимость. Электрод Starburst Flex подобен Starburst XL, за исключением того, что

канюля гибкая и имеет наружный диаметр 13 G, что требует применения интродюсера диаметром 11 G. Эта гибкость может быть полезна при использовании СКТ для наведения. Отечественным аналогом является аппарат ЭХВЧ-150-«ФОТЕК».

#### **7.4. ДОСТУПЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ АБЛЯЦИИ**

На сегодняшний день нет единого мнения о выборе доступа для проведения абляции. Для позиционирования электрода используется чрескожный доступ под УЗИ, КТ- или МРТ-наведением. И интраоперационные доступы при лапаротомии под УЗИ наведением и чрескожный доступ под контролем лапароскопии.

#### **7.5. МЕТОДИКИ РЧА**

##### **7.5.1. Чрескожные методы**

Наиболее часто прибегают к чрескожным методам позиционирования электрода. В качестве метода контроля над движением электрода наиболее часто используется ультразвуковая навигация.

Преимущества ультразвуковых методов заключаются в простоте проведения процедуры, отсутствии вредных воздействий на пациента в виде лучевой нагрузки, контроль над происходящими процессами в реальном времени, возможность визуализации сосудистых структур органа, а также наличие направляющих адаптеров на рукоятке ультразвукового датчика.

При выборе направления движения электрода необходимо учитывать расстояние от кожи до места проведения абляции, наличие на пути электрода полых органов, таких как кишка, желудок, желчный пузырь, крупных сосудов, синусов плевры.

Также необходимо учесть угол, под которым будет осуществляться ультразвуковой контроль, дыхательную экскурсию, что особенно важно при поддиафрагмальном расположении опухолевых узлов. Немаловажным является и расположение опухолевых узлов относительно правой или левой долей печени. Так, при расположении опухоли в левой доли печени наиболее целесообразным будет выбор эпигастральной области в качестве места проведения электрода.

При локализации опухолевого узла в правых сегментах печени более целесообразным представляется установка электродов в межреберьях. В этих случаях необходима четкая визуализация расположения плеврального синуса.

В целом выбор области для проведения чрескожной абляции аналогичен таковому при проведении пункционных биопсий очаговых образований печени.

В ряде случаев выполнение абляции под ультразвуковым наведением может оказаться затруднительным или даже невозможным. Это может быть связано с изоэхогенной структурой опухоли, когда выполнить её четкую визуализацию не представляется возможным, наличием выраженной гиперэхогенной

зоны при неоднократном проведении процедуры абляции, а также наличием костей или заполненных газами полых органов на предполагаемом пути установки электрода. В таких случаях для позиционирования электрода можно воспользоваться компьютерной томографией.

Для проведения процедуры необходимо соблюдение ряда условий. Достаточно большие гентри аппарата позволят свободно манипулировать инструментом, сокращение времени и дозы облучения снизят риск, связанный с облучением для пациента и врача, сокращение времени сканирования для эффекта получения изображения в реальном времени. Последний пункт ввиду необходимости удерживать электрод руками в момент проведения сканирования (если отсутствуют специальные держатели) и трудности выполнения техники «быстрого сканирования» следует использовать в особо сложных случаях.

Выделяются 5 этапов абляции: планирование; прицеливание; мониторинг; контроль эффективности; оценки эффективности.

Сначала определяют точку введения электрода путем размещения пациента на столе в наиболее удобном для доступа к опухоли положении, установки стола на уровне среза, выбранного для доступа, и маркировки точки введения электрода.

После установки электрода и его продвижения производят контроль его положения путем последовательного сканирования, при этом дистальная тень позволяет контролировать положение кончика электрода.

В тех случаях, когда опухоль не визуализируется ни при УЗИ, ни при КТ без контрастного усиления, можно выполнить предварительную жировую эмболизацию.

Преимуществом МРТ перед КТ является отсутствие ионизирующего излучения, хорошая контрастность мягких тканей, возможность мультипланарной реконструкции, возможность отображать функциональность и температуру ткани.

##### **7.5.2. Интраоперационные методы.**

Лапаротомия или торакотомия, которые выполняются для проведения абляции, имеют ряд преимуществ по сравнению с чрескожными методами. К ним относятся возможность интраоперационной ревизии органов, выполнение ИОУЗИ печени, уточнение распространения опухоли, стадии онкологического процесса, выявления необнаруженных на дооперационном этапе отсевов опухоли.

Кроме того, возможно выполнение освобождения предполагаемой области вмешательства от прилегающих петель кишки, выполнить абляцию на участках, прилегающих к желчному пузырю, куполу диафрагмы, сосудам.

*Продолжение публикации.  
Начало см. в № 3 за 2017 год*

## Уважаемые читатели!

Научно-практический журнал «Паллиативная медицина и реабилитация» рассчитан на широкий круг врачей всех специальностей, медицинских работников, пациентов и их родственников. Главная цель журнала — распространение в медицинских и общественных кругах информации по актуальным вопросам паллиативной медицины и реабилитации, имеющим непосредственную связь с современными проблемами отечественного здравоохранения. Основное внимание журнал уделяет методам паллиативной медицинской помощи, улучшению качества жизни и реабилитации больных с различными нозологическими формами прогрессирующих хронических заболеваний.

Журнал приводит сведения о новейших фармакологических препаратах, медицинской технике, аппаратуре и оборудовании, средствах мониторингового наблюдения, экспресс-диагностики.

Периодичность издания с 1998 года — 4 номера в год.

Подписаться на наш журнал вы можете в отделениях Роспечати. **Подписной индекс: 71668 — для индивидуальных подписчиков; 71705 — для организаций.**

При оплате платежным поручением или перечислением через Сбербанк в цену включаются расходы на доставку.

**Стоимость одного номера (для РФ):**

210 рублей — для индивидуальных подписчиков;

850 рублей — для предприятий и организаций.

**Стоимость подписки на 6 месяцев (для РФ):**

(2 номера журнала):

420 рублей—для индивидуальных подписчиков;

1700 рублей—для предприятий и организаций.

**Стоимость подписки на 12 месяцев (для РФ):**

(4 номера журнала)

840 рублей—для индивидуальных подписчиков;

3400 рублей—для предприятий и организаций.

**Стоимость одного номера (для СНГ):**

230 рублей — для индивидуальных подписчиков;

930 рублей — для предприятий и организаций.

**Стоимость подписки на 6 месяцев (для СНГ):**

(2 номера журнала):

460 рублей—для индивидуальных подписчиков;

1860 рублей—для предприятий и организаций.

**Стоимость подписки на 12 месяцев (для СНГ):**

(4 номера журнала)

920 рублей—для индивидуальных подписчиков;

3720 рублей—для предприятий и организаций.

**Банковские реквизиты для подписки на журнал:**

Получатель: ИНН 7715043870, Благотворительный фонд паллиативной медицины «ВМЕСТЕ МЫ МОЖЕМ»;

Банк получателя: ПАО «Сбербанк России», г. Москва

к/с 30101810400000000225; р/с 40703810638050100205; БИК 044525225;

Наименование учреждения, Ф.И.О. ответственного.

**Образец заполнения платежного поручения****ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ №**

Дата

Вид платежа

0401060

Сумма  
прописью

ИНН	Сумма		
Платательщик	Сч. №		
Банк плательщика	БИК		
	Сч. №		
ПАО «Сбербанк России», г. Москва	БИК	<b>044525225</b>	
	Сч. №	<b>30101810400000000225</b>	
Банк получателя	Сч. №	<b>40703810638050100205</b>	
	ИНН <b>7715043870</b>		
Получатель <b>Благотворительный фонд «ВМЕСТЕ МЫ МОЖЕМ»</b>	Вид. оп.	Срок. плат.	
	Наз. пл.	Очер. плат.	
	Код	Рез. поле	

Назначение платежа, наименование товара, выполненных работ, оказанных услуг, №№ и даты товарных документов, договоров

Адрес доставки:  
Контактный телефон:

Подписи

Отметки банка

М.П.

## УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция научно-практического журнала «Паллиативная медицина и реабилитация» приглашает к сотрудничеству. Мы будем рады получить от вас материалы для публикации в рубриках: клинические и экспериментальные исследования, обмен опытом, заметки из практики, ошибки и осложнения в паллиативной медицине и реабилитации больных, история паллиативной медицины, проблемы экономики и финансирования в здравоохранении, обзоры литературы, лекции, стандартная информация о новых лекарственных средствах, круглый стол; юридические и правовые вопросы, психотерапевтические аспекты, экспертное мнение.

Для публикации принимаются материалы, рассчитанные на широкий круг врачей всех специальностей, работников сферы здравоохранения, пациентов и их близких, поэтому информация должна быть изложена в доступной форме, понятным языком, с четкими рисунками и схемами. Ваша рукопись будет рассмотрена редколлегией и при необходимости отредактирована.

Материалы из редакции не возвращаются, поэтому не забудьте сохранить экземпляр для себя.

Периодичность издания с 1998 года — 4 номера в год.

Подписаться на наш журнал можно в отделениях Роспечати. Подписной индекс: 71668 — для индивидуальных подписчиков; 71705 — для организаций.

При оплате платежным поручением или перечислением через Сбербанк в цену включаются расходы на доставку.

## ПРАВИЛА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СТАТЕЙ

Рукописи для рассмотрения принимаются в двух экземплярах, отпечатанные на стандартной бумаге формата А4 через 1,5 интервала с широкими полями (слева — 2,5 см, справа — 1 см, сверху и снизу — по 2,5 см). Набор рукописи прилагается на диске или флэш-носителе, в программе WinWord для Windows. Возможен вариант отправки по электронной почте: editor@palliated.ru

Рукопись обязательно должна включать название статьи (на русском и английском языке), УДК (индекс Универсальной десятичной классификации); фамилии и инициалы авторов и краткие сведения о них (ученая степень, звание, должность); полное название учреждения, где выполнена работа; краткий реферат с ключевыми словами на русском и английском языках. Предоставляемая для публикации в журнале статья может сопровождаться рецензией ведущего специалиста по профилю данной работы (оригинал рецензий представляется обязательно). Кроме того, необходимо указать адрес для переписки и контактный телефон.

Иллюстрации должны быть выполнены в виде отдельных файлов, содержащих пронумерованные и подписанные черно-белые схемы (рисунки) или черно-белые контрастные фотографии. Принимаются файлы с расширением .TIFF или .JPEG с разрешением 300 dpi, схемы с текстом — 600 dpi.

Список цитируемой или использованной в работе литературы обязательно должен включать имя автора (авторов), название работы, название периодического издания и его номер, место (для монографий — издательство), год издания, номера страниц.

В списке первоисточников первыми указываются русскоязычные, а затем иностранные источники в алфавитном порядке. Текст рукописи строится по схеме: введение, цели и задачи работы, использованные материалы и методы, результаты работы, их обсуждение, заключение или выводы. Формулы должны быть либо размечены, либо четко вписаны от руки. Верхние и нижние индексы в формулах также необходимо разметить. Во избежание ошибок будьте особенно внимательны в написании специальных терминов, аббревиатур и в их расшифровке!

Напоминаем, что в том случае, если рукопись уже публиковалась, необходимо иметь разрешение правообладателя.

Кроме того, следует получить согласие на упоминание в публикации лиц, каким-либо образом участвовавших в подготовке материала.

Редакция не принимает на себя ответственность за нарушение авторских и других прав по вине авторов присланных материалов.