

В. Я. Семке, Е. Л. Чойнзонов,
И. Е. Куприянова, Л. Н. Балацкая

РАЗВИТИЕ СИБИРСКОЙ ПСИХООНКОЛОГИИ



Российская Академия медицинских наук
Сибирское отделение
Томский научный центр
ГУ НИИ психического здоровья
ГУ НИИ онкологии

В. Я. Семке, Е. Л. Чойнзонов,
И. Е. Куприянова, Л. Н. Балацкая

РАЗВИТИЕ СИБИРСКОЙ ПСИХООНКОЛОГИИ

Издательство Томского университета

2008

УДК 616.89-006-036.8-07
ББК Р569.62+Р34+Р11
Р170

Рецензенты:

Б. Д. Цыганков – д-р мед. наук, профессор,
зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГОУ ВПО Московского
государственного медико-стоматологического университета Росздрава (Москва)

Р170 Развитие сибирской психоонкологии / В. Я. Семке,
Е. Л. Чойнзонов, И. Е. Куприянова, Л. Н. Балацкая. – Томск :
Изд-во Том. ун-та, 2008. – 198 с.

ISBN 978-5-7511-1879-2

В монографии с различных методологических позиций анализируются фундаментальные разработки и практические вопросы современного направления медицины – онкопсихиатрии. Представлены клинические исследования, выполненные в контексте классической психиатрии, выявлены личностные особенности больных, страдающих онкологическими заболеваниями. Обсуждены возможности активизации личностных ресурсов, поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий совладания со стрессом. Особое внимание уделено комплексной реабилитации онкобольных с использованием современных средств психофармакотерапии и методов психотерапии. Показаны возможности психолого-психиатрической помощи, комплексная работа онкологов, психиатров, психотерапевтов и психологов на этапе постановки диагноза, в стационаре и после выписки. Проанализирована деятельность общественных организаций, объединяющих бывших пациентов, их родственников и специалистов, помогающих пациентам вернуться в общество, решить свои болезненные проблемы, улучшить качество жизни. Данная монография является результатом многолетних исследований сибирских ученых. В работе приняли участие сотрудники двух академических институтов Сибири – ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН и ГУ НИИ психического здоровья, а также научные сотрудники и врачи из Тюмени и Кемерова. Монография предназначена для широкого круга специалистов – онкологов, психиатров, психологов, психотерапевтов, а также для лиц, заинтересованных в оптимизации реабилитации онкологических пациентов.

Рисунков 27, таблиц 17, библиография 156 наименований.

В оформлении обложки использован фрагмент картины известного австрийского художника Густава Климта «Смерть и жизнь» (1908—1916).

УДК 616.89-006-036.8-07
ББК Р569.62+Р34+Р11

ISBN 978-5-7511-1879-2

© Развитие сибирской психоонкологии. 2008

Russian Academy of medical Sciences
Siberian Branch
Tomsk Scientific Center
Mental Health Research Institute
Cancer Research Institute

V. Ya. Semke, E. L. Choinzonov,
I. E. Kupriyanova, L. N. Balatskaya

DEVELOPMENT OF SIBERIAN PSYCHOONCOLOGY

Publishing House of Tomsk University

2008

УДК 616.89-006-036.8-07
ББК P569.62+P34+P11
P170

Reviewers:

B. D. Tsygankov – M.D., Professor, Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Chair of SEI HPE Moscow State Medico-Stomatological University of Russian Ministry of Healthcare and Social Development (Moscow)

P170 Development of Siberian psychooncology / V. Ya. Semke, E. L. Choinzonov, I. E. Kupriyanova, L. N. Balatskaya. – Tomsk : Publishing House of Tomsk University, 2008. – 198 p.

ISBN 978-5-7511-1879-2

The monograph from various methodological positions analyzes basic developments and practical issues of the contemporary direction of medicine - oncopsychiatry. Clinical investigations performed in the context of classical psychiatry have been presented, personality features of patients with cancer diseases have been revealed. Possibilities of activation of personality resources, behavioral, cognitive and emotional strategies of coping with stress have been discussed. Special attention has been paid to complex rehabilitation of cancer patients with use of modern agents of psychopharmacotherapy and methods of psychotherapy. Possibilities of psychological-psychiatric assistance, complex work of oncologists, psychiatrists, psychotherapists and psychologists have been shown at the stage of diagnosis, in hospital and after discharge. Activity of public organizations uniting former patients, their relatives and specialists helping patients to return into the society, resolve their morbid problem, improve quality of life, has been analyzed. This monograph is a result of many-year investigations of Siberian scientists. Work has been done with participation of co-workers of two academic institutes of Siberia – SI Cancer Research Institute of TSC SB RAMSci and SI Mental Health Research Institute as well as researchers and physicians from Tyumen and Kemerovo. Monograph has been intended for broad range of specialists – oncologists, psychiatrists, psychologists, psychotherapists as well as for persons interested in optimization of rehabilitation of cancer patients.

27 figures, 17 tables, 156 references.

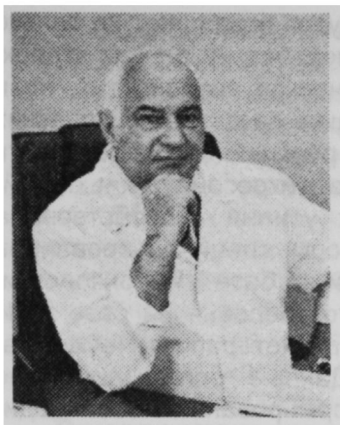
In the design of the cover fragment of the picture of the famous Austrian artist Gustav Klimt «Death and life» (1908—1916) has been used.

УДК 616.89-006-036.8-07
ББК P569.62+P34+P11

ISBN 978-5-7511-1879-2

© Development of Siberian psychooncology, 2008

Предисловие



Современное развитие медицинской науки требует новых подходов, технологий и практик в терапии, восстановлении и социальной реабилитации пациентов. Все это в большей степени становится очевидным, когда речь заходит об онкологических пациентах. Роль стрессовых механизмов и эмоционального реагирования на заболевание чрезвычайно велика и диктует необходимость не только оперативного вмешательства, лучевой и химиотерапии, но и серьезной психосо-

циальной реабилитации, поскольку формирующиеся психические расстройства утяжеляют течение основного заболевания. Наряду с достижениями в области терапии раковых заболеваний научные разработки по психоонкологии позволили значительно улучшить продолжительность и качество жизни пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями.

Особую значимость данные положения приобретают в Сибири, где мощный прессинг окружающей среды, техногенных факторов и социальные инфраструктуры отличаются от таковых в европейской части России. Развитие данного региона способствовало созданию сибирской академической науки, поэтому в 1979 г. за Уралом был открыт первый институт медицинского профиля – НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН. С небольшим перерывом произошло открытие кардиологического центра, а затем в 1981 г. был организован НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. Уникальное историческое развитие способствовало плодотворному научному содружеству двух институтов, сочетанию двух дисциплин, взаимодействие которых способствует прогрессивным исследованиям и внедрениям. Эпидемиологическая оценка сибирской науки отражает общие тенденции развития науки: *«Сибирь не мир, но его реальное отражение»*.

Особое внимание в развитии исследований в области психоонкологии принадлежит помощи тяжело больным пациентам, устранению или смягчению психопатологической симптоматики, психотерапии и коррекции, работе с родственниками и формированию системы психосоциальной реабилитации. Это существенный практический вклад в общую систему медицинской помощи онкобольным.

Научные исследования двух институтов позволяют не только диагностировать онкологическое заболевание на ранних этапах, что значительно облегчает терапевтическое воздействие, но и позволяет на ранних этапах предупредить развитие психических расстройств и психопатологических реакций, способствовать адекватной реабилитации пациентов в микросоциуме и семейном окружении. Интеграция научных усилий способствовала созданию новых организационных форм специализированной помощи: это группа психореабилитации на базе НИИ онкологии, межведомственный центр психического здоровья на базе НИИ психического здоровья, передвижные психотерапевтические кабинеты для отдаленных районов. Данные организационные формы способствуют дальнейшему формированию новой медико-социальной системы – психоонкологической службы.

Для превентивной работы значимым направлением является оценка социальных факторов, комбинированного стресса в генезе психопатологических проявлений при онкопатологии, а также роли личности, ее преморбидных черт, реакции на психогенные воздействия. Важность этого направления отражается в психологии, новом направлении медицинской науки.

Развитие психоонкологии как научного направления и практического звена способствует комплексной интеграции усилий медиков, психологов, становлению общественных организаций охраны здоровья, разработке региональных, российских и международных проектов в данной области. Инновационные научные подходы, методологии, внедрение новых терапевтических и социальных программ будут способствовать более быстрому и качественному восстановлению онкобольных.

Хочется пожелать успехов сибирским ученым в столь сложной и гуманистически направленной деятельности, привлечения молодых исследователей к этой высокогуманной подвижнической работе и более тесного взаимодействия с другими академическими научными направлениями.



*Президент РАМН, академик РАН,
академик РАМН М. И. Давыдов*

Введение

В новом тысячелетии исследования в области онкологии доказали необходимость существования такой дисциплины, как онкопсихиатрия. Эпидемиологические данные свидетельствуют о высоком уровне проблем психического здоровья среди онкологических больных. Патогенез нервно-психических нарушений сложен, поскольку определяется сочетанным воздействием на нервно-психическую сферу больных мощных соматогенно-астенизирующих, экзогенно-органических факторов и психотравмирующих влияний. Психотравмирующими моментами являются как само обнаружение злокачественного процесса, так и имеющиеся в обществе представления о его малой излечиваемости, высокий процент летальных исходов, калечащие последствия оперативных вмешательств, лучевая и химиотерапия, сопряжённые с соматическим дискомфортом.

Онкопсихиатрия как наука нуждается, прежде всего, в научной методологии, сочетающей исторические парадигмы, фундаментальные теоретические разработки и практические вопросы. Если рассматривать клинические позиции онкопсихиатрии в контексте классической психиатрии, то наибольший интерес у исследователей вызывают пограничные и аффективные нервно-психические расстройства: распространенность, клиническая динамика, сопряженность с тяжестью онкологического процесса и реабилитационные стратегии. Несомненно, личность больного, страдающего онкологическим заболеванием, остается одним из актуальных векторов исследования. Возможности активизации личностных ресурсов, поведенческие, когнитивные и эмоциональные стратегии совладания со стрессом, психологические защиты являются мощными позитивными факторами в терапевтическом процессе, улучшающими качество жизни онкопациентов. Развитие психофармакологии и психотерапии как составляющих комплексной реабилитации онкологических больных предусматривает дальнейшее расширение исследований современных средств психофармакотерапии и методов психотерапии с целью разработки индивидуальных программ. Психолого-психиатрическая помощь должна осуществляться уже на этапе постановки диагноза, помогая пациентам принять эту проблему и адекватно решать ее вместе со специалистами. В стационаре и после выписки онкологи вместе с психиатрами, психотерапевтами и психологами должны поддерживать пациента. В последнее время во многих регионах страны созданы общественные организации, объединяющие бывших пациентов, их родственников, онкологов, психиатров, психотерапевтов, психологов, помогающие пациентам вернуться в общество.

Особое внимание должно быть уделено терапии и коррекции нервно-психических расстройств на поздних этапах онкологиче-

ского заболевания. Здесь могут быть разработаны паллиативные терапевтические программы, уменьшающие выраженность или купирующие выявленные психозмоциональные состояния. Квалифицированная помощь должна быть оказана пациентам, находящимся в условиях хосписа.

Приоритетным направлением научно-исследовательской работе НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН является разработка и вне-

ных новообразований с целью повышения эффективности непосредственных и отдаленных результатов для снижения уровня инвалидизации, проведения адекватной медицинской и социальной реабилитации, улучшения качества жизни и возвращения к прежнему социальному статусу онкологических больных.

Данная монография обобщает большой материал, накопленный томскими онкологами и психиатрами в течение многих лет. Приоритетным направлением в научной работе ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН являются разработка и внедрение высокотехнологичных методов лечения злокачественных новообразований с целью повышения эффективности непосредственных и отдаленных результатов, для снижения уровня инвалидизации, проведения адекватной медицинской и социальной реабилитации, улучшения качества жизни и возвращения к прежнему социальному статусу онкологических больных. Важным аспектом научных программ томских академических институтов является коллаборативное изучение «микстовой», коморбидной патологии (в частности, выявление у конкретных больных соматической и нервно-психической патологии). Опыт ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН в области превентивной психиатрии помог в совместной работе с онкологами в выявлении ранних форм нервно-психической патологии; определить подходы к диагностике по принципу мультиаксиального диагноза, разработке концепции качества жизни, внедрении новых форм специализированной помощи и т. д. В настоящее время к исследованиям присоединились ученые из многих сибирских городов – Омска, Тюмени, Кемерово. Данное издание выходит в свет с целью активизации исследований в регионе Сибири и Дальнего Востока. Представленные материалы будут полезны как клиницистам, работающим в сфере помощи онкологическим больным, так и профессионалам других областей, непосредственно связанных с онкопсихиатрией.

Глава 1

ЗАДАЧИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕВРАЗИЙСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ СОМАТОПСИХИАТРИИ

Современные парадигмы онкопсихиатрии приводят нас к выводу о патогенной значимости существенного напряжения эндогенной и экзогенной экологической обстановки. скорость технологического преобразования общества в значительной степени превышает адаптационные возможности конкретного индивида, а это, в свою очередь, чревато затратами здоровья, болезненной ломкой физиологических и биологических механизмов приспособления. Масштабы неблагоприятного воздействия производства на окружающую среду достигли в настоящее время катастрофических размеров: свыше 300 ареалов страны отличаются сложной экологической обстановкой, вызывающей перенапряжение и даже полом адаптационных свойств организма (Казаичев В. П., 1988). Результатами таких экологических воздействий являются негативные сдвиги демографических процессов, увеличение интенсивности миграции, деформация структуры семьи.

Состояние здоровья есть важнейший индикатор экологического риска индустриальных регионов, его оценка, прогноз тенденций изменения здоровья должны стать неременным условием в процессе разработки проблем первичного предупреждения и коррекции патологических процессов человека и его потомства. Социально-экономические и климатогеографические условия восточного региона России являются существенными факторами, во многом влияющими на показатели психического здоровья и психической патологии. Промышленное освоение обширнейших сибирских и дальневосточных территорий сопряжено с необходимостью трудовой деятельности в субэкстремальных и экстремальных природных условиях. Различные экзогенные вредности малой и средней интенсивности ведут к дестабилизации функционирования человеческого организма, которая проявляется на донозологическом уровне в неспецифических экстранозологических реакциях психической адаптации – дезадаптации.

Длительное – на протяжении более 15 лет – исследование психического здоровья населения, проживающего в экологически неблагоприятных условиях (Крайний Север, быстроразвивающиеся территориально-промышленные комплексы Сибири и Дальнего Востока), а также динамическая оценка производст-

венных коллективов, связанных с экстремальными условиями труда (нефтяники, лесозаготовители, рабочие взрыво- и пожароопасного, химического, алюминиевого, фармацевтического производства, сельского хозяйства, строители и др.), привели нас к выводу о правомерности выделения относительно самостоятельного раздела медицины – **экологической психиатрии**. Её границы и зоны соприкосновения с другими научными дисциплинами к настоящему времени еще недостаточно очерчены, равно как слабо раскрыто содержание основных ее разделов: теоретико-методологического, эпидемиологического, клиникодинамического, реабилитационного и профилактического. В связи с этим представляется оправданным более детальное рассмотрение современных проблем экологической психиатрии и перспектив её плодотворного развития в русле формирования нового превентивного мышления, прежде всего на обширнейшем евразийском континенте.

Под термином «экологическая психиатрия» мы понимаем обширный круг медико-биологических исследований, связанных с изучением психопатологических состояний, вызванных (напрямую или опосредованно) патогенным и саногенным воздействием факторов окружающей среды. Механизмы формирования адаптационных и дезадаптационных состояний, представленных в основном экстранозологическими образованиями, могут быть детально изучены путем системного анализа – при помощи эпидемиологического, антропологического, генетического, иммунологического, патоморфологического, экспериментально-психологического и клиникодинамического методов. Это позволяет на ранних этапах заболевания или даже на донозологическом уровне выявить определенные сдвиги в состоянии психического здоровья, провести коррекцию этих нарушений и разработать профилактические, превентивные и реабилитационные программы для лиц, находящихся под воздействием соматогенно-экогенных вредностей.

В качестве теоретико-методологической платформы рассмотрения нервно-психической патологии может служить экологический базис, покоящийся на принципах всестороннего изучения как сугубо внешнесредовых, климатогеографических и производственных влияний, так и личностно-типологических характеристик именно на стыке развивающихся научных дисциплин (таковыми для нас являются транскультуральные этнопсихология и этнопсихотерапия). На этом пути открываются перспективы поиска и по-

нимания проблем клинической персонологии с учётом социокультуральных особенностей этногенеза, этноса природной среды и специфики адаптации как к экстремальному биопсихосоциальному окружению, так и к психофизиологической переадаптации к быстро формирующимся неустойчивым социально-экономическим условиям. При этом возникающая личностная патология (предпатология и «группы риска») рассматривается как выражение экологического состояния популяции и как проявление нравственных болезней и девиаций этносов, возникающих на почве социальных коллизий и артефактов.

Идея проведения параллелей между западной цивилизацией, философией, психологией и соответствующими им позициями в восточных идеологических и терапевтических воззрениях издавна овладевала лучшими умами человечества. Амплитуда высказываемых при этом точек зрения необычайно широка и противоречива – от обнаружения непроходимой пропасти (вспомним крылатое выражение англичанина Редьярда Киплинга: *«Запад есть Запад, Восток есть Восток, и с места они не сойдут»*) до констатации общих корней человеческих ценностей (лежащей в основе космополитических учений, утверждения «вселенской» общности всех рас и народов), отраженных в позиции великого поэта И.-В. Гёте: *«Кто познал самого себя и других, тот признает: Восток и Запад отныне неотделимы»*. Существует попытка распределить обе культуры в различных плоскостях знаний: с одной стороны, указывают на иерархическую систему в восточных учениях (в частности, на кастовые отношения в Южной Азии), с другой – на горизонтальные структуры западных культур. Имеются психологические различия и конфессионального типа: религиозные чувства европейцев протекают в умеренно-эмоциональном русле, в то время как в мусульманском мире всё в большей мере проявляют себя религиозный фанатизм и фундаментализм. Вопреки существующим формальным сопоставлениям двух обозначенных миров всё явственней обнаруживаются заинтересованность в естественно-научном и психологическом наследии «соперничающей», «альтернативной» культуры, тенденция к взаимопроникновению, взаимообогащению, к успешному сочетанию западного прагматизма с восточными традициями, мудростью, образом жизни.

В качестве продуктивной точки зрения на сближение позиций, интеграцию идей и знаний в области целительства тяжелой соматопсихической патологии (в том числе психонкологической),

совершенствования общественного и индивидуального здоровья людей нами разрабатывается Евразийский проект сближения этнопсихологических и этнопсихотерапевтических позиций Запада и Востока. На практике речь идет о поиске путей синтеза используемых каждой из рассматриваемых культур методов избавления от человеческих недугов, психологических зависимостей, преодоления интерперсональных и интраперсональных конфликтов, личностных девиаций. Складывается впечатление, что области религии и психотерапии подчеркивают различия, скорее всего, там, где собственно присутствует единство: *«обе ищут своими путями разгадки мистерии, каковой является человек»* (Кронан К., 1992). Естественно, их отождествление возможно, когда психотерапевты напрямую заимствуют христианские или восточные «техники», заодно превращая лечение в «обращение». Обмен знаниями, концепциями, научными и культурными достижениями Запада и Востока облегчается выраженной нивелировкой «чистоты» религиозных, культурологических и естественно-научных воззрений.

Исторически западная наука всегда стремилась к максимальной объективности исследований, дистанцированию ученого от изучаемого объекта, поскольку *«наблюдение за миром есть в нем участие»*, вследствие чего *«модели мира всё более удаляются от представлений здравого смысла»* (Уоттс А., 1997). В качестве выбора жизненной позиции преодоления тяжелого соматического недуга предлагается «лекарство от Шопенгауэра» (Ялом И., 2007): *«Наслаждаться настоящим и обратить это в цель своей жизни – величайшая мудрость, так как она одна реальна, всё же остальное – игра воображения»*. Она помогает достичь пациенту в самый критический период своего жизненного пути полнокровного, оптимистичного и самодостаточного уровня, не гоняться за «чужой любовью», а искать соразмерность и равновесие души и тела, цель и смысл жизни внутри самого себя. Феноменология психических расстройств при онкопатологии должна учитывать психологические механизмы личностного реагирования, смысл которого разыгрывается на «поле боя», рождающего тонкие движения эмоций и поведения. Адепты восточных учений, напротив, начинают познавать в науке крайнюю точку зрения западного материализма, используя его при построении теоретических и философских конструкций; таким образом, вовсе необязательно *«разрушать человеческий образ»* (Н. Бердяев). Следствием сказанного является призыв к

личности, к индивиду глубже узнавать себя, совершенствовать самопознание в духе древнего дельфийского изречения *«Познай Вселенную и богов, и ты познаешь самого себя»*. Применяемые универсальные психотерапевтические техники восточных целителей направлены на душевное выздоровление и просветление, достижение спокойной и уравновешенной жизни, смягчение или искоренение психосоматических конфликтов, устранение трех главных причин душевного страдания (желания, отвращения, невежества). Излюбленными методами такого *«внутреннего постижения истины»* являются четыре позиции Будды: жизнь есть страдание; страдание имеет свою причину в привязанностях (к вещам, идеям, другим людям, к самой жизни); страдание можно устранить, прекратив испытывать желания и отказавшись от привязанностей; существует особый восьмеричный путь к освобождению от страданий. Как видно, есть только один единственный способ личностного преобразования – через самоотречение, жертвенность, болезненное самоограничение. Кстати, это перекликается с тезисом А. Шопенгауэра: *«Мы должны ограничивать мечты, обуздывать желания и сдерживать гнев, помня о том, что человек способен достичь только бесконечно малой части того, к чему стоит стремиться»*.

При односторонней ориентации на одну культуру выхолащивается духовный смысл совершенствования человека, прежде всего развитие его психического здоровья. По свидетельству психолога А. Maslow (1954), в американской психологии *«господствует пуританский и прагматический дух, подчеркивающий значимость труда, трезвости, серьезности и прежде всего целесообразности... занятость только одной половиной жизни при полном игнорировании другой – быть может, более важной»*. В этом высказывании очевиден догмат техник терапии, направленных на преодоление ложных и невротических предпосылок пациента, на поддержание *«авторитета природы, а не людских авторитетов»* (А. Уоттс).

Сопоставление транскультуральных приемов и подходов в области общей персонологии и психотерапии подводит нас к установлению близости позиций при изучении здоровой и больной личности, определении границ нормы и патологии, оценке личностной структуры с учетом конкретных экспериментальных данных, сближении межличностных и внутриличностных аспектов, усовершенствовании коммуникативных приемов, анализе сознательных и бессознательных механизмов, использовании

архетипической и модернистской методологии. В социально-психологическом плане усилия двух современных культур должны быть направлены на ассимиляцию знаний по формированию человека будущего, человека нозтического, опирающегося в своем развитии на изначальную, извечную идею духовно-космической универсальности и целостности. В истории прошлого человечества (в христианстве, суфизме, йоге, буддизме и пр.) накоплен опыт духовного пути «Человека Разумного», ориентированного на переживание сущности жизни.

Анализ моделей восточного образа жизни подводит нас к переживанию ощущения ее наполненности, пронизанности не столько философскими концепциями и идеями, сколько тонкими, рафинированными психотерапевтическими установками и мастерски отточенными технологиями, позволяющими овладеть надежными приемами самопознания и оккультными способами постижения внешнего мира. Отсюда проистекают различия в целях, задачах, объектах психотерапевтических способов, бытующих на Востоке и Западе. Для западного целителя важен аспект изучения измененных состояний сознания у лиц с болезненными формами личностных (невротических, патохарактерологических) девиаций, для восточного – постижение специфики этих состояний у нормальных, «беспроблемных» натур. Современное познание человека позволяет отобразить его целостность, очерченность, структурность. На этом фоне отчетливо выступает науковедческий парадокс: психотерапия как самостоятельная дисциплина еще не имеет ясного контура, понятийной терминологии, общепринятых теоретических воззрений, соединяющих неисчислимые богатства западных и восточных учений. Идея взаимодействия, взаимовлияния и проникновения западных и восточных моделей психотерапевтических и психокоррекционных технологий побуждает к поиску путей совершенствования диагностических, прогностических и превентивных подходов в современной медицине и психологии. Это облегчит взятую на себя психотерапевтом (чисто интуитивно) функцию арбитра в конфликте отдельной личности с весьма «обезличенными» социальными институтами, по-прежнему сохраняющими в рамках своих косных структур непреодолимую тягу к ограничению свободы своих сограждан. Для этого необходимо *«отказаться от национального эгоизма, сковывающего её духовные силы» и действовать в соответствии с «духом справедливости и любви».*

Заслугой большой когорты ученых, занимавшихся сравнительными этнографическими исследованиями (В. Вундт, Э. Крепелин, Г. Г. Шпет, М. Пфейфер и др.), следует признать соотношение мира личности не столько с миром природы, сколько с миром культуры. Важная роль культуры находит отражение в содержании и формах аномального поведения, требующих *«пересмотра способов диагностики и лечения индивидов с психическими расстройствами»* (Matsumoto D., 1996). Кросскультуральный анализ позволяет уточнить оценку психических расстройств и аддиктивного поведения в группах урбанизированного и отдаленного от цивилизации населения, принадлежащих к разным культурам и расам, проживающих в различных климато-географических регионах, в условиях нестабильной жизни и психологического дистресса. На этой основе разрабатывается методологическая стратегия в оценке нормы, психопатологических проявлений, прогноза в разных популяциях и народах с учетом клинико-динамических, социально-психологических, индивидуально-биологических и этнических факторов. Это облегчает достижение идентификации превентивных, психокоррекционных и психотерапевтических программ с соблюдением этических норм современной психологической и психиатрической науки.

Важно очертить круг первоочередных проблем и наметить последующий каркас, включая «крышу» данной научной отрасли. Речь идёт о влиянии социально-политических и социально-экономических изменений в общественной жизни отдельных стран и народов, а также в жизни проживающих на этих территориях граждан; о роли многообразных национальных, культурных, религиозных традиций в появлении и динамике нервно-психической (в том числе личностной) патологии; об отношении различных этносов к вопросам психического здоровья и его возможным отклонениям (невротическим и патохарактерологическим); об установлении связи этнокультуральных факторов с распространённостью, клинической структурой, динамикой и прогнозом психических расстройств. На этапе этногенеза находятся обследуемые люди, популяции и народы, поэтому очень важно установить, какова динамика социального развития, их сохранность в историческом аспекте.

Транскультуральная персонология и психотерапия представляют собой гуманистическое направление в спектре современных естественных наук с интегративным пониманием в ходе становления личности роли психологических основ культуры, рели-

гии, мифологии, традиций и обычаев. Наука и мифы не противостоят друг другу, а содействуют успешному преодолению человеком переживаемого им «внутреннего апокалипсиса» (V. Kast), обретению душевного равновесия и целостности. Имея поливалентные связи с медициной и социологией, этнопсихология и персонология позволяют с мультидисциплинарных позиций оценить вклад социальных и биологических факторов в генез. динамику, прогноз и превенцию патохарактерологических уклонений в шкале «нормальная – патологическая личность» на общественном и индивидуальном уровнях.

На качество жизни и психологическое здоровье представителей малочисленных народов России большое значение оказал пережитый ими на протяжении многих десятилетий аккультурационный стресс, который рассматривается как популяционный вариант посттравматического стрессового расстройства. Для преодоления негативных влияний научно-технического прогресса требуется использование комплексных социально-психологических технологий реабилитации арктической популяции, поддержания и восстановления утрачиваемых этносами обычаев и традиций. Политика выравнивания и устранения «перекосов» в области охраны индивидуального и общественного здоровья должна строиться в аспекте предвидения социально-экономических преобразований, укрепления и возрождения социокультуральных особенностей конкретного этноса, преодоления угрозы «синдрома утомления популяции и этноса» (В. П. Казначеев), эффективного перехода от пустопорожней риторики к действенным мерам по восстановлению прав личности, а вслед за этим и отдельного народа в целом.

Актуальной проблемой транскультуральной персонологии является выяснение взаимоотношений психологии индивида и общественной культуры. В соответствии с теорией языка симптом рассматривается как зашифрованное, запечатлённое в слове культурально-общественное и индивидуально-биологическое содержание (смысл), с учётом которого и строится субъективная личностная оценка. Наш многолетний опыт комплексной эпидемиологической, клинической и нейрофизиологической оценки психического здоровья малых народностей восточного региона страны (Север Тюменской и Томской областей, Якутия, Алтай, Тува, Бурятия, Чукотка, Приморье) в сопоставлении с аналогичными показателями наших монгольских коллег, полученными в ходе реализации комплексной совместной научной программы,

свидетельствует о приоритете психосоциальных конфликтов перед природно-средовыми.

На обширных сибирских территориях страны в местах проживания коренных и малочисленных народов (алтайцы, селькупы, ханты, манси, нганасаны, долгане, чукчи, эвены, эвенки, шорцы и др.) в настоящее время сложилась неблагоприятная медико-демографическая ситуация с негативными последствиями, вызванными социально-психологическими и экологическими факторами. Возникающие психобиосоциальные конфликты должны преодолеваться эволюционным и революционным путём (включая возврат к элементам патриархального уклада жизни и традиционным промыслам). Мощный антропогенный прессинг на биологические структуры личности инициирует остроту экологических воздействий, неблагоприятно сказывающихся на здоровье этносов. Об этом свидетельствуют показатели иммунного дисбаланса у населения, проживающего в техногенно загрязнённых ареалах. Требуется изменение неблагоприятных социально-экономических и психологических характеристик, направленных на совершенствование физической и духовной эволюции малочисленных этносов.

Популяционно-эпидемиологический анализ свидетельствует о распространённости среди коренного населения восточного региона пограничных личностных и аддитивных расстройств. Их клиническая картина отличается своеобразием, имеющим свои корни в этногенезе и культурогенезе данного народа. Традиционные критерии диагностики и определения уровня психического здоровья изучаемых этносов имеют относительное значение и должны быть пересмотрены с учётом клинко-динамических параметров, необходимых знаний культуральных, социальных, демографических, этнических и региональных характеристик. Сказанное определяет актуальность пересмотра границ нормы психического реагирования, которая глубоко индивидуальна и транскультуральна. Нуждается в психологической и клинической ревизии понятие нормативного поведения, не всегда соответствующее европейским стандартам: то, что мы считаем психическим расстройством, с позиций аборигена не всегда является патологией.

Современная транскультурология диктует пересмотр оказания психологической и психотерапевтической помощи коренному населению восточного региона России в направлении диалектического сочетания принципов централизации и децентрализа-

ции. Чётко вырисовываются теоретическая значимость и практическая ценность выделения «групп риска» и донозологических состояний, прогностических критериев прогрессивности пограничных и аддитивных личностных расстройств. При разработке предупредительных мероприятий следует учитывать комплекс медико-социальных и социокультуральных вмешательств, которые должны быть гибкими и не ущемлять права человека. Разработка транскультуральных аспектов клинической персонологии несёт в себе важный теоретический стимул, связанный с кристаллизацией биосоциальной парадигмы, и мощный социотерапевтический превентивный заряд.

Для решения указанных научных проблем в 1998 г. создана при активной поддержке Нормана Сарторитуса и Хуана Мезича Международная ассоциация этнопсихологов и этнопсихотерапевтов, вошедшая в структуру Всемирной Психиатрической Ассоциации. Она призвана соединять усилия ученых-специалистов Запада и Востока. Базой для её успешного функционирования является Институт психического здоровья Томского научного центра СО РАМН. Уже сейчас накоплен бесценный опыт многолетнего исследования здоровья населения многих малочисленных народов (в сопоставлении с результатами наших коллег из Германии, Венгрии, Монголии, Японии, стран ближнего и дальнего зарубежья). Изменение неблагоприятных характеристик психического здоровья в позитивном направлении, помимо чисто медицинских мероприятий, должно включать неотложное решение комплекса социально-экономических и социально-политических вопросов, что будет способствовать естественной физической и духовной эволюции малочисленных этносов. Общественное мнение представителей народов Сибири и Крайнего Севера укладывается в простую формулу: *«Человеку прежде всего нужна Земля, нужна Вера, нужна Истина»* (Е. Айпин). Общность и разделенное страдание неизбежно сближают позиции врача-целителя и пациента, превращая нас в единое целое, *«товарищей по страданию»*.

ИСТОРИЧЕСКИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПАРАДИГМЫ ОНКОПСИХИАТРИИ

В последнее время тот факт, что у человека одновременно наблюдаются и соматические, и психические заболевания, а у пациентов с психическими расстройствами в течение жизни развивается значительно большее число соматических заболеваний, чем в общей популяции, является уже доказанным. Известная часть болезненности может быть связана не со специфическим для конкретного заболевания риском, а с несколькими общими для соматических и психических расстройств факторами уязвимости. Таким образом, отсутствие прямого влияния не исключает и опосредованного взаимодействия через ряд общих факторов, включая генетические. Генетические факторы влияют на подверженность различным заболеваниям и определяют особенности взаимодействия с окружающей средой. Проблема этиологии внутренних заболеваний тесно связана с факторами риска, экологическими влияниями, генетическими предпосылками. Генетические предпосылки обуславливают особенности образа жизни и тесно связанные с ним факторы риска. Особенности современного образа жизни – это стресс, переедание, гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем. Знание этих факторов делает более целенаправленными подходы к разработке эффективных методов лечения и профилактики, прежде всего первичной.

Полипатия (или множественные болезни) признается клиницистами как типичная характеристика состояния здоровья (нездоровья) современного человека. Не менее 40 % лиц в возрасте 15—75 лет имеют одновременно две болезни, а четыре болезни встречаются у каждого пятого терапевтического больного (Эльштейн Н. В., 1985). Более того, 30 хронических мультифакториальных заболеваний в современных популяциях составляют 65 % всех известных болезней, поражающих население во всех возрастных группах, а пожизненный риск (life-time risk) мультифакториальных заболеваний в западных популяциях оценивается в 60 %. В отношении некоторых форм полипатии, при которых термин «синтропии», «синтропные болезни», который определяется как *«непредусмотренная тенденция двух болезней к совместному развитию»*, предполагается, что синтропии включают этиологически и патогенетически связанные сочетания болезней. Так, в настоящее время обнаружено сочетание нейроде-

генеративных заболеваний (болезнь Альцгеймера) и рака молочной железы в семьях. Предполагается, что эти заболевания ассоциированы с полиморфизмом гена ACE и мтДНК.

Также большое число проявлений имеет паранеопластический синдром, при котором наиболее часто встречаются лихорадка, мигрирующий тромбофлебит, синдром «барабанных палочек», синдром Рейно, нефротический синдром, лейкомоидные реакции, гиперурикемия, дерматомиозит и ревматоидный артрит, а также эндокринные маски, амилоидоз, нейропатии. Указанные паранеопластические реакции обусловлены различными опухолями, но прежде всего опухолями почки и бронхогенным раком (эти опухоли неслучайно называют «опухолями интернистов»), а также опухолями поджелудочной железы, печени, толстой кишки, лимфомами (лимфогранулематоз, неходжкинская лимфома), гемобластомами. Важно, что паранеопластические проявления не зависят от размеров опухоли, они могут определять ее клинический дебют в течение длительного периода. Так, своевременное удаление опухоли нередко приводит к полному исчезновению паранеопластического синдрома.

Благодаря успехам современных точных наук, и прежде всего молекулярной биологии и генетики, появилась возможность глубже оценивать патогенез заболевания, степень активности и скорость его прогрессирования, применять эффективные патогенетические меры воздействия – большую группу иммунодепрессантов (глюкокортикостероиды, цитостатики, в том числе селективные – циклоспорин, моноклональные антитела к цитокинам, рецепторам цитокинов и др.), способных существенно влиять на течение процесса и изменять судьбу многих тяжелых больных. В связи с указанными возможностями клиницист часто, к сожалению, не делает настойчивых попыток выявить этиологические факторы, особенно если имеет дело с заболеваниями, которые по-прежнему описываются как «идиопатические», заболевания «неизвестной этиологии». Между тем изучение истории развития болезни, особенностей профессии, привычек и других деталей образа жизни пациента, т. е. доступный в любых условиях тщательный расспрос «*при постели больного*» (М. Я. Мудров) в лучших традициях русской клинической школы, – один из надежных путей уточнения причины болезни, проведения этиотропного лечения и профилактики.

Концепции классической генетики в настоящее время дополняются еще одной формой наследственной изменчивости – эпи-

генетической (динамической) наследственностью. Подобного рода изменчивость характеризуется тремя свойствами: она не связана с изменением структуры гена, а происходит в силу регуляции генной активности; эти изменения наследуются; они обратимы. Возникающие в онтогенезе многоклеточных эукариот эпигенетические изменения способны передаваться и через половое размножение. Крупные перестройки в метилировании ДНК и паттерне структуры хроматина в зародышевых линиях могут привести к относительно большой доле «de novo» эпигенетических ошибок, которые предрасполагают потомков к болезни. Частота, с которой возникают новые эпимутации, намного выше, чем для ДНК-мутаций. Изменение статуса метилирования отдельных генов или всего генома в целом отрицательно сказывается на судьбе клеток. Неслучайно, что aberrантное метилирование генома является маркером канцерогенеза. По-видимому, закономерно, что вслед за завершением проекта «Геном человека» мировое научное сообщество переходит к анализу «метилома» – совокупности метилированных последовательностей ДНК в клетке; уже объявлено о формировании консорциума «Эпигеном человека» (Feinberg A., 2001; Novic K. L. et al., 2002). У взрослых эпигенетическая структура может нести ответственность за мультифакториальные заболевания, в том числе психические.

Молекулярно-генетические подходы в методах диагностики и лечения онкологических заболеваний связаны с открытием онкогенов, онкосупрессоров, генов, связанных со «стабильностью генома» (прежде всего p53), выяснением роли теломеразы в клеточном цикле, созданием таргетных препаратов, предполагающих анализ экспрессии соответствующих мишеней на уровне активности соответствующего фермента. Методы молекулярной эпидемиологии позволили выявить гены, ассоциированные с риском формирования неоплазии (рак молочной железы и рак легкого), а также вносящих вклад в чувствительность к канцерогенным факторам, вовлекаемым в опухолевую прогрессию и в ответ на специфическую терапию – полиморфизмы гена онкосупрессора p53 (наличие гетерозиготных вариантов защитного эффекта против развития опухолевых патологий легкого), гена хемокинового рецептора CCR5. Так, для популяции русских женщин с заболеваниями молочной железы г. Томска установлена частота носителей мутантного аллеля гена BRCA1 1.06 % (Чердынцева Н. В. и др., 2005).

Молекулярная генетика рака создала возможность выявлять наследственно обусловленные формы рака у здоровых людей еще до заболевания. Достаточно ясно прослеживаются два типа предрасположенности к онкологическим заболеваниям – «мягкая» предрасположенность и «жесткая» предрасположенность.

«Мягкие» предрасположенности, как правило, связаны с аллельными вариантами генов, кодирующих системы метаболизма чужеродных соединений – цитохромы P450 и ферменты второй фазы метаболизма ксенобиотиков – N-ацетилтрансфераза (NAT), глутатион-S-трансфераза (GST), сульфотрансфераза (SULT) и некоторые другие трансферазы. Видимое проявление такая предрасположенность имеет только в условиях повышенного содержания канцерогенов в окружающей среде, вероятность возникновения онкологических заболеваний редко повышается более чем на 50 % по сравнению со среднестатистической вероятностью. Анализ аллельных вариантов генов, кодирующих ферменты метаболизма ксенобиотиков, может иметь применение при оценках риска возникновения онкозаболеваний у людей, часто сталкивающихся с канцерогенами – курильщиков, рабочих шахт и химических производств и т. д.

«Жесткие» предрасположенности, напротив, определяют возникновение онкологических заболеваний с высокой (более 80 %) вероятностью, которая увеличивается в 10 и более раз по сравнению со среднестатистической вероятностью. К таким предрасположенностям можно отнести семейные формы онкологических заболеваний, среди которых наиболее часто встречающиеся – наследственные формы рака молочной железы и яичников, а также семейные формы рака кишечника. Причиной тому являются нарушения в генах, кодирующих белки системы репарации ДНК. При этом несмотря на то что формально-генетический анализ остается основным способом получения данных и расчета риска развития злокачественного новообразования в онкологически отягощенных семьях, применение ДНК-диагностики с целью выявления герминальных мутаций генов предрасположенности (например, BRCA 1/2) позволяет подтвердить генетический диагноз и идентифицировать носителей мутаций. Такая информация позволяет более дифференцированно подходить к индивидуальному прогнозированию развития, течения и профилактики заболевания. Однако до сих пор остается неясным, кто и как будет работать с людьми, которые имеют генетически обусловленный высочайший риск заболевания раком.

Современные представления о генной терапии, как о введении в клетку нуклеиновых кислот с целью исправления генных дефектов, придания клеткам новых функций или предотвращения заболевания, дают ориентированность на борьбу с причиной заболевания, а не с симптомами и последствиями. Существенно, что при этом в роли фармацевтического препарата выступает клонированный ген или же специально подобранные синтетические молекулы ДНК или РНК. Лечению опухолей посвящено более 60 % среди проводимых клинических испытаний по генотерапии. При лечении многих опухолей мультифакториальной природы все чаще используют целый набор (кассеты) различных экспрессирующихся генно-инженерных конструкций, продукты которых воздействуют на различные факторы и механизмы прогрессии опухоли. Так, для лечения рака простаты широко применяют стратегию замены генов-супрессоров опухолей p53, H-ras, Rb, p21, антисмысловые олигонуклеотиды к гену Bcl2 (для блока антиапоптозных генов), традиционные гены-самоубийцы (вирусная тимидин-киназа или цитозиндезаминаза), а также ген мембранного белка е-кадгерина, который обычно утрачивается при прогрессии опухоли, и гены, корректирующие чувствительность опухолевых клеток к андрогенам. К числу наиболее успешных испытаний в области генотерапии рака относятся работы по трансдукции клеток карциномы потерявших способность вырабатывать супрессор p53 аденовирусной конструкцией. Эффективность данного подхода оказалась недостаточной для полного излечения пациентов, однако она существенно увеличилась в комбинации со стандартной химиотерапией.

Основные сферы использования молекулярно-генетических технологий в онкологии – анализ предрасположенности к возникновению онкологических заболеваний, фармакогенетика при химиотерапии и анализ генетических изменений в клетках опухоли для выбора корректного лечения. Наиболее перспективным является метод siRNA – направленное выключение любого гена. Предпринимаются интенсивные попытки, направленные на выявление предиктивных маркеров противоопухолевой терапии, идущие в двух направлениях: молекулярно-генетическая характеристика пациента, позволяющая индивидуализировать дозировку препаратов и уменьшить риск появления токсических реакций; мутационный и экспрессионный анализ опухолевой ткани с целью предсказания чувствительности новообразования к лекарственным препаратам. Однако упоминаемые принципиально

новые технологии комплексной одновременной оценки всех элементов генома с помощью «микрочипов» не могут применяться в рутинной диагностике ввиду огромной стоимости, низкой чувствительности и полуколичественного характером измерений.

Злокачественные новообразования в Сибирском федеральном округе (СФО), численность населения которого составляет 14,3 % от общей численности населения России, в 2002 г. составили 13,7 % от общего числа злокачественных новообразований, выявленных в России. Совокупный показатель распространенности составил 1337,3 на 100 000 населения (в РФ 1 548,5). За 10-летний период наблюдается рост данного показателя на 30,4 %. Ведущими локализациями в структуре (на оба пола) заболеваемости злокачественными новообразованиями населения СФО являются: трахея, бронхи, легкое (15,0 %), кожа (11,0 %), желудок (10,2 %), молочная железа (9,3 %), ободочная кишка (5,5 %), лимфатическая и кроветворная ткань (4,9 %), прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус (4,6 %), почки (3,5 %), шейка (3,3 %) и тело (3,1 %) матки, поджелудочная железа (2,9 %), мочевого пузыря (2,7 %), яичники (2,6 %). Максимальный уровень совокупной онкологической заболеваемости в популяции СФО отмечается в возрастной группе 75—79 лет за счет ведущих локализаций (1 375,2 на 100 000 населения соответствующего возраста). В Томской области класс «Новообразования» находится на XIV месте.

Заболеваемость психическими расстройствами на 100 000 населения составляет: по РФ — 5 306,2 (взрослые — 5 641,4; дети 0—17 лет — 4110,6); СФО — 5 835,3 (6 049,1 и 5 135,8); Томская область — 7 055,0 (7 526,1 и 5 388,9). Уровень заболеваемости психическими расстройствами в Томской области превышает российский показатель в 1,3 раза. В общей заболеваемости населения Томской области класс «Психические расстройства и расстройства поведения» находится на IX месте. На большинстве территорий Томской области зарегистрировано повышение уровня заболеваемости психическими расстройствами. Среди психических расстройств наблюдается увеличение доли органических заболеваний, умственной отсталости, невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, непсихотических расстройств детского и подросткового возрастов. В возрастной группе 0—14 лет непсихотические психические расстройства детского и подросткового возрастов и поведенческий

синдром занимают 60 % от общего количества заболеваний. В 15—17 лет эти заболевания выявляются в 23,7 % случаев. В следующей возрастной группе 18—19 лет почти равные доли занимают невротические болезни, связанные со стрессом и соматоформные — 26,3 и 26,0 %. В возрасте 20—39 лет эти состояния представлены в 21,2 % случаев. Увеличение доли органических заболеваний наблюдается в возрасте 40—59 лет, а в возрасте 60 лет и старше доля органических расстройств в психических заболеваниях достигает 56,1 %.

Возникают закономерные вопросы: какие психические расстройства сопровождаются онкопатологией и наоборот? Какой «континуум заболеваний» существует при реальном клиническом разнообразии психических и онкологических заболеваний? Могут ли клинически различные заболевания контролироваться общим набором генов предрасположенности? Ведь известно, что к отдаленным последствиям стресса относятся бластомогенные и нейродегенеративные процессы.

Так, в работах томских ученых онкологов и генетиков Е. Л. Чойнзонова и И. В. Терещенко (1993, 2004) показано, что развитие рака верхних отделов дыхательного и пищеварительного тракта (рак полости рта, глотки, полости носа и околоносовых пазух, гортани, пищевода) было принято связывать с действием экзогенных факторов. Отрицание роли наследственных факторов в этиологии злокачественных новообразований органов головы и шеи в ранних семейных исследованиях объясняется отчасти «органым подходом» оценки предрасположенности к раку. Постоянным итогом семейно-популяционных исследований широко распространенных форм рака является обнаружение труднообъяснимой агрегации среди родственников не только исследуемых новообразований, но и некоторых других локализаций рака. Гипотеза существования «системного» предрасположения к раку, «единого поля канцерогенеза» актуальна для опухолей верхних отделов дыхательного и пищеварительного трактов, учитывая филогенетическую общность эпителиев этой группы органов, морфофункциональное сходство, а также данные о зависимости экспрессии онкогенов от гистогенеза опухоли. Многочисленные экспериментальные исследования свидетельствуют о значительной межиндивидуальной вариации метаболизма и фармакокинетики канцерогенов, детерминированной генетически. С индивидуальными особенностями метаболизма и пролиферативной активности клеток в пределах конкретного ор-

гана связан органотропизм канцерогенов, которые, вероятно, определяют лишь «выбор локализации рака».

Показана агрегация в семьях больных раком полости рта и глотки, у пациентов со злокачественными опухолями верхних отделов пищеварительного тракта (включая рак пищевода) – рак полости рта, рото- и гортаноглотки, рак пищевода как единый фенотипический признак – рак верхних отделов пищеварительного тракта. Частота рака верхних отделов пищеварительного тракта среди родственников I степени родства больных с карциномами полости рта, рото- и гортаноглотки составляет 1,6 %, превышая популяционную частоту в 18 раз. Вклад генетических факторов в подверженность к раку верхних отделов пищеварительного тракта равен 61 %, средовых факторов – 39 %. Результаты генетико-корреляционного анализа свидетельствуют о существовании общей подверженности к раку верхних отделов дыхательного и пищеварительного трактов (генетическая корреляция равна 0,99). Таким образом, можно говорить о существовании общей фенотипической подверженности к злокачественному росту в границах онтофилогенетически единых эпителиев верхних отделов дыхательного и пищеварительного трактов.

В исследованиях В. Я. Семке, Е. В. Гуткевич и др. (1999—2004) показано, что «истерическая болезнь» в клинических проявлениях существует в направлении постепенного нарастания, утяжеления и стабилизации: невротические реакции → невроз (невротические, связанные со стрессом расстройства) → невротическое развитие; патохарактерологические реакции → патохарактерологическое развитие личности → психопатия (расстройство зрелой личности). В целом частота психических расстройств – от резко выраженных до пограничных – у родственников больных истерическими расстройствами составляет 33,4 %. Наследственная отягощенность психическими расстройствами достоверно выше в семьях больных истерическим расстройством личности, чем в семьях больных невротическим истерическим расстройством – 67,7 и 37,1 % соответственно. Наиболее значимой в группе больных с истерическим расстройством личности оказалась наследственная отягощенность патохарактерологическими качествами (расстройства зрелой личности и поведения у взрослых), невротическими расстройствами и алкоголизмом среди родственников I степени родства (14,2; 13,5 и 10,3 %). В группе обследованных лиц с невротическими диссоциативными расстройствами расстройства личности у родствен-

ников I степени родства наблюдались в 7,7 % случаев, невротические расстройства – в 6,3 % и алкоголизм – у 7,0 % родственников. Особенно подчеркнем, что выявлено преобладание отягощения гомономной истерической патохарактерологической патологией. Так, истерическим расстройством личности страдали 11,6 % родственников больных из группы с психопатическим истерическим расстройством. В группе с диссоциативным расстройством родственники были больны истерическим расстройством личности в 4,2 % случаев. Невротические диссоциативные расстройства наблюдались у 9,0 % родственников в группе с истерическим расстройством личности и у 4,2 % ближайших родственников больных истерическими невротическими расстройствами. Аддитивные расстройства (алкоголизм, наркомания) преобладали в семьях больных истерическим расстройством личности. По литературным данным (Фильц А. О., 1987), дифференциальный анализ отягощения алкоголизмом (с учётом родственников I степени) позволил выявить, что частота алкоголизма среди отцов и братьев пробандов с истерическим расстройством личности составляла 13,3 против 2,3 % среди матерей и сестёр (различие недостоверно). По мнению автора, этот факт свидетельствует о тенденции к накоплению алкоголизма в исследованных семьях по мужской линии. Накопление алкоголизма в семьях при истерии также было обнаружено зарубежными исследователями (Arcopas O., Guse S. B., 1963; Cloninger R. C., 1975). При типологической оценке личностных аномалий установлено, что среди родственников больных преобладали психопатические личности истерического и истероэзобудимого склада. Это наиболее прослеживается в группе обследованных с истерическим расстройством личности. То же можно сказать и об акцентуациях личности. Суммарный процент истерической акцентуации среди родственников I степени родства в группе истерического расстройства личности (25,2 %) достоверно превышает тот же показатель в группе больных невротическими расстройствами (13,3 %). Необходимо отметить, что в данном исследовании акцентуации личности мы рассматривали как генетически определяемый крайний вариант нормы, составляющий «группу риска» в отношении облегченного развития пограничной патологии.

С точки зрения мультифакториальной модели наследования, генетическая предрасположенность к истерическим расстройствам имеет непрерывный (континуальный) характер, обуслов-

ливая фенотипическую вариабельность клинических проявлений от малодифференцированных, слабовыраженных форм патологии к стойким, конституционально обусловленным состояниям. Чем больше генетический вклад, тем ярче патохарактерологические отклонения индивида, а чем он меньше, тем вариативнее формы истерической патологии. При этом если факторы социальной среды играют роль механизма, непосредственно вызывающего истерическое реагирование, то форма этого реагирования определяется генотипом.

Поломки генетических механизмов, приводящие к мультифакториальным заболеваниям, могут быть спровоцированы мутациями в генах-триггерах, играющих ключевую роль в поддержании клеточного гомеостаза. Дефектный ген ангиотензинпревращающего фермента (ACE) связан с длительностью шизофренического процесса. Изменения гена нейтрофина и онкогена HRAS-1 могут наблюдаться при аутизме. При истерических и шизофренических расстройствах с эмоциональным инфантилизмом могут быть изменены гены-регуляторы процессов функционального созревания мозга и развития межполушарной доминантности. При психических расстройствах изменены гены переносчиков серотонина и дофамина.

Генные сети раковых заболеваний включают гены метаболизма (детоксикации) – система цитохромов CYP1A1, CYP1A2, CYP1B1, CYP3A, CYP2A; эпоксид гидроксилаза mEPXH; глутатион S-трансфераза GSTM1; ариламин N-ацетилтрансфераза NAT1 и др. Гены рецепторов – AR адренорецептор; рецептор эстрогена ESR1, рецептор ретиновой кислоты RAR- β_2 , рецептор эндотелина ENDRB и др. Гены триггеры – онкогены – L-MYC и др., гены-супрессоры p53, BRCA1 и BRCA2 (репарация ДНК) – РМЖ, PTEN (регуляция клеточного роста и апоптоза) – рак простаты, CASP8, TMS1 (контроль апоптоза) – нейробластома и рак груди и др.

В настоящее время становится все более очевидным, что поиски т. н. главного гена, ответственного за возникновение основных психических расстройств эндогенного и пограничного спектра, не могут привести к однозначным результатам, поскольку эти клинически гетерогенные заболевания могут быть обусловлены действием многих генов, вовлеченных в этиопатогенетические механизмы. Скорее всего, этиология и патогенез этих заболеваний зависят от неблагоприятного сочетания всех трех основных вариантов генов-предрасположенностей.

Ученые обратили внимание на то, что несмотря на ожидаемый рост заболеваемости, почти трети случаев можно было бы избежать, придерживаясь здорового образа жизни. Основными факторами, способствующими высокой заболеваемости раком, являются курение, нерациональное питание и отсутствие достаточной физической нагрузки. Эксперты еще несколько лет назад предложили основные направления борьбы с увеличением числа раковых заболеваний, среди которых отказ от курения, здоровый образ жизни, включая большое количество овощей и фруктов и физические упражнения, раннее выявление случаев рака за счет скрининговых программ, например по выявлению рака молочной железы и шейки матки. Таким образом, факторами экологического внешнесредового риска развития многих заболеваний являются продукты питания. Риск повышенного возникновения новообразований существует у лиц, употребляющих пищу с повышенным содержанием белков, жиров животного происхождения. Так как обмен веществ происходит в пищеварительном тракте с участием микрофлоры, то происходит микробная трансформация проканцерогенов, присутствующих в атмосферном воздухе, воде и пище, а также эндогенных, в канцерогены, канцерогены и промоторы опухолевого роста. Для профилактики и лечения применяются основные положения нутригеномики с использованием специального диетического лечения и продуктов функционального питания (пробиотические и др.).

Так, в работе З. А. Афанасьевой (2005) устанавливалось влияние пробиотиков на напряженность гуморального антиэндоксинного и антибактериального иммунитета к условно-патогенной микрофлоре, на состояние микробиоценоза кишечника у больных раком щитовидной железы и оценивалось их положительное влияние после радикального противоопухолевого лечения. С 11-го дня после операции больные основной группы в течение месяца получали пробиотики: полисорб, мезим-форте, лактобактерин и бифидумбактерин. После месячной терапии пробиотиками уровень протеолитической активности копрофильнаторов больных раком щитовидной железы существенно стал ниже, что свидетельствовало о нормализации микробиоценоза кишечника. Помимо частичной нормализации объективных лабораторных показателей, улучшилось общее самочувствие больных, снизилась быстрая утомляемость. У больных с нерегулярной эвакуацией кишечника произошла нормализация стула. Авторами было предложено трех- и шестимесячное применение

пробиотиков у больных раком щитовидной железы в периоде реабилитации после радикального лечения.

С другой стороны, следуя предложениям Европейского плана действий по охране психического здоровья расширять возможности доступа населения к здоровому рациону питания и поощрения потребления здоровых продуктов, для проведения профилактической работы внедряются современные методы и рекомендации, основанные на принципах нутригеномики и связанные с питанием, так как нутриенты, в составе которых присутствуют тирозин и триптофан, участвуют в обменах аминов (серотонин, дофамин, норадреналин), меланинов, патогенетически связанных с большинством психических расстройств. Другие нутриенты, такие как жирные кислоты, оказывают мембранотропное действие на нейроны, участвуют в организации работы клеток. Для комплексного лечения психических расстройств применяются основные положения нутригеномики с использованием специального диетического лечения и продуктов функционального питания (пробиотические и др.).

Известно, что одним из биохимических обменов патогенеза и психических расстройств и онкологических заболеваний является обмен триптофана – незаменимой аминокислоты, поступающей в организм человека только с пищей. Триптофан с помощью триптофаназы по кинурениновому пути превращается в индол, хинолиновую кислоту, никотиновую кислоту, никотинамид – мутагенные агенты; при действии триптофангидроксилазы триптофан преобразуется в серотонин, участвующий в работе нейронов. Тирозин при аэробным пути преобразуется в фенол – канцероген; при анаэробном – в р-крезол. Пробиотические микроорганизмы – бифидобактерии и молочно-кислые бактерии являются анаэробами, а бифидобактерии не вырабатывают триптофаназы, участвуют в антимутагенных и антиканцерогенных эффектах микрофлоры хозяина, которые проявляются в следующем: продукция соединений, способных ингибировать пролиферацию опухолевых клеток; инаktivация присутствующих в продуктах питания, воде и воздухе канцерогенных субстанций; угнетение образования или снижение активности микробных ферментов, превращающих проканцерогены в канцерогены; стимуляция или усиление иммунных механизмов противоопухолевой защиты. Также показано, что в пищевых продуктах содержатся фрукто-олигосахариды, стимулирующие рост бифидобактерий и других «дружественных» микроорганизмов кишечника, при добавлении

лактолозы наблюдается аддитивный противоопухолевый эффект, курсы приема пробиотических продуктов функционального питания ведут к снижению принимаемых психотропных препаратов при лечении психических расстройств. Поэтому актуальным представляется исследование биохимических обменов при психических и онкологических заболеваниях, которые обусловлены общими генами, изучение микрофлоры кишечника и влияния пробиотических веществ (продуктов) на состояние здоровья.

Прогресс в деле улучшения психического и соматического здоровья населения возможен на пути комплексных подходов в лечении, реабилитации и превенции психических и онкологических расстройств, отличающихся клинической, этиологической и патогенетической гетерогенностью. К превентивным, здоровьесберегающим технологиям следует отнести методы первичной профилактики, в том числе *«для улучшения здоровья необходимо доброкачественное питание, а для специфической защиты – использование специфических питательных веществ»* (ВОЗ, 2002), к которым относятся продукты функционального питания.

Перспективными превентивными мероприятиями должны стать: молекулярно-генетическое тестирование (идентификация) носителей патологических мутаций в генах предрасположения к психическим и раковым заболеваниям и в генах индивидуальной лекарственной чувствительности (полиморфизмы генов серотонинового, дофаминального обменов при различной активности моноаминергических нейронов и нейромедиаторов, чувствительности рецепторов – определение генов систем обратного транспорта серотонина (5-HTT) и гена, кодирующего D₃-рецептор дофамина (DRD3), гены-супрессоры p53, BRCA1 и BRCA2, полиморфизмы гена цитохрома CYP2D6) и некоторые другие; определение опухолевых маркеров (специфические белки – продукты генов определенных раковых заболеваний): миеломный иммуноглобулин и белок Бенс–Джонса (ББД) при плазмоцитомах, АФП при гепатоцеллюлярных раках, раково-эмбриональный антиген (РЭА) – колоректальный рак, мукопротеидный антиген CA-125 – рак яичников, PSA – антиген – рак простаты, Her₂/neu – РМЖ и др.; биотерапия противоопухолевыми вакцинами; снижение свободнорадикальных продуктов окислительного стресса, так как в опухолевых тканях происходит изменение активности антиоксидантных ферментов, а при психических расстройствах существенные изменения перекисного окисления липидов наблюдаются в крови больных; коррекция микробиоценоза (белки

генов-супрессоров BRCA образуют комплексы с белками микроорганизмов) и лечение дисбактериоза при противораковой и психотропной терапии.

В целом современные направления психоонкологии в области превенции можно представить следующим образом:

1. Коррекция факторов риска, уменьшение их мутагенного воздействия на клетки и стрессогенного действия на органы и системы.
2. Нейрохимические исследования функций нейромедиаторных систем (определение метаболитов в крови и моче) и опухолевых маркеров.
3. Определение молекулярно-генетических полиморфизмов (индивидуальные базы ДНК-данных).
4. Возможность индивидуального фармакогенетического подхода, составление «генетического паспорта».
5. Медикаментозная и другая (хирургическая) упреждающая терапия.
6. Психотерапевтические воздействия (индивидуальная, мотивационная, семейная психотерапия – системная, когнитивно-поведенческая, перинатальная и др.).
7. Диагностика микробиоценоза (иммуноферментный анализ и газоанализатор).
8. Коррекция дисбиоза кишечника и микробиоценоза кожных покровов.
9. Лечение пищей – возможность подхода нутригеномики с применением продуктов функционального питания – синбиотики, пре- и пробиотики; диетическое питание – коррекция потребления триптофана и тирозина.
10. Доброкачественное питание и использование специфических питательных веществ.
11. Инициация превентивного лечения и предотвращение заболеваний: психических (зависимости от психоактивных веществ и др.) и соматических (органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета и др.).
12. Семейно-генетическая превенция (семейные базы ДНК-данных).
13. Медико-генетическая помощь (ретроспективное и проспективное медико-генетическое консультирование).

В заключении хочется остановиться на том, что деятельность человека в норме направляется и регулируется его потребностями. Потребности удовлетворяет их предмет – мотив деятель-

ности. Для достижения мотива человек ставит перед собой конкретные цели, часто не имеющие собственной побудительной силы и обладающие смыслом лишь в контексте потребности и ее мотива. Например, потребности физического благополучия могут отвечать многие конкретные цели: занятия спортом, соблюдение диеты, гигиенические мероприятия и др.

Один из путей развития человеческих потребностей в онтогенезе – это сдвиг *«мотива на цель»* (Леонтьев А. Н., 1972), когда цель сама начинает отвечать новой потребности – порождает ее. Так, спорт из оздоровительного мероприятия может стать самостоятельной потребностью. Если при *«сдвиге мотива на цель»* цель приобретает собственную побудительную силу, отвечает новой потребности, переходя в разряд мотивов, то у больных психическими и онкологическими заболеваниями ранее реально действующие мотивы теряют свою побудительную силу, переходя в разряд целей в структуре главного, ведущего мотива – сохранения здоровья и жизни. При этом они либо отвергаются, либо приобретают новый смысл уже в качестве целей.

Привычные формы деятельности при сохранении своего внешнего вида меняют внутреннее содержание, наполняясь новым, связанным с болезнью смыслом. Так, даже работа, кроме возможности самореализации, достижения материального благосостояния, может стать способом отвлечения от болезни, физкультура – методом лечения, пища – диетой. Человеческая деятельность из полимотивированной в норме становится весьма бедно мотивированной, что проявляется как в реальной жизни больного, так и в клинической картине личностных изменений. Аутизация, замкнутость, отчужденность, обеднение эмоциональной сферы, пассивность больных, описанные в клинических и психологических исследованиях, в значительной степени обусловлены сужением круга актуальных мотиваций, новым их смыслом для больного. Доминирование ведущего мотива придает особую специфику всей психической жизни больного, накладывает отпечаток на особенности восприятия, мышления, перестраивает систему ценностей, все его мироощущения, ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению жизненной активности больного, если такая жизнь противоречит этому мотиву либо к формированию нового смысла привычной деятельности, если она включается в структуру мотива в качестве цели. Это приводит к возникновению самых

разнообразных «уходов»: в болезнь, в работу, в семью, в общественную деятельность.

В дальнейшем подобные цели способны снова получать собственную побудительную силу, но уже по механизму *«сдвига мотива на цель»*. Это явление и должно стать основой превентивных и реабилитационных программ. Совершенно бесполезно призывать больного к активной жизни, общественно полезному труду, социальной активности, если активная деятельность лишена для больного смысла, не значима. Необходимо использовать тот самый механизм искажения мотивации, который приводит к грубым личностным изменениям, обратив его на благо больного. Нужно помочь больному создать новый смысл жизни, новые цели, сделать их не просто «знаемыми», а реально действующими. Для больного должна быть сформулирована цель превентивной и реабилитационной программы, предложена модель его возможного будущего, при этом основанная не на благих пожеланиях и абстрактных рекомендациях, а созданная с учетом характерологических, личностных качеств, сохранных звеньев его мотивационной сферы и использования личностно значимых целей. В рамках общего психотерапевтического подхода необходимо проводить мотивационную психотерапию.

Будущее развитие психоонкологии как специализированной консультативной сферы медицины зависит от прогресса в двух областях: внедрения в жизнь результатов научных исследований с интеграцией биологических исследований заболевания с его психосоциальными аспектами и совершенствования подготовки специалистов. Достижения в области биологической психиатрии, в частности клинической и молекулярной генетики, свидетельствуют о том, что сложные, но глубинные влияния разума на организм предоставят онкопсихиатрии перспективные данные для работы в XXI столетии.

Глава 3

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОГРАНИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Злокачественные новообразования приводят не только к функциональным и органическим нарушениям, но и являются причиной возникновения тяжелых нарушений психосоматического состояния. Диагноз «рак» или даже просто госпитализация в онкологическую клинику является сильнейшей психологической травмой. Онкологического больного следует рассматривать как человека, находящегося в серьезнейшей стрессовой ситуации (Герасименко В. Н., 1988). В формировании нервно-психических расстройств большую роль играет отношение больного к своему заболеванию. Тяжелое соматическое заболевание, госпитализация в онкологическую клинику, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, которая приводит к инвалидности, разрушают привычный стереотип поведения и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Нервно-психические расстройства, встречающиеся в онкологической практике, приобретают все большую актуальность в связи с тем, что злокачественные новообразования продолжают оставаться одной из главных причин заболеваемости и смертности населения в большинстве стран мира.

В комплексной реабилитации больных злокачественными опухолями, наряду с поисками новых методов хирургического лечения, лучевой терапии, в последнее время все большее значение придается выявлению и коррекции возникающих нервно-психических расстройств. Восстановление нарушенных функций организма в процессе лечения недостаточно для полноценного возвращения больного к жизни (Тапталова С. Л., 1985). Бесперспективно разрабатывать систему реабилитации и не учитывать такие факторы, как угроза жизни, необходимость инвалидизирующей операции, длительный восстановительный период (Селезнев К. Г., 1999). Некоторые авторы придают первостепенное значение нервно-психическим расстройствам онкологического больного и ставят в зависимость от них успех или неуспех хирургического лечения, появление послеоперационных осложнений, результаты реабилитационных мероприятий (Бажин Е. Ф. и др., 1987). Это согласуется также с мнением исследователей, считающих, что в возникновении, течении, скорости прогрессирования и возможности метастазирования злокачественных опухолей

решающая роль принадлежит стрессовым факторам, в том числе психотравмирующим влияниям (Шмалько Ю. П., 1988; Gassidy S., 1986, Eysenck Y. J., 1987, Antoni M. H. et al., 1987).

Механизм такого потенцирующего влияния психогенных воздействий на соматическую сферу с возникновением выраженных патологических эффектов одни авторы считают очень сложным и недостаточно изученным (Schaefer H., 1986), другие говорят о нем достаточно уверенно (Винницкий В. Б., 1983). Причину возникновения и развития рака стали искать в особенностях жизненного пути личности, ее структурных отличиях от личностей, подверженным другим (к примеру, сердечно-сосудистым) заболеваниям. Например, при изучении личности онкологических больных (Марилова Т. Ю., 1978; Gutler M., 1964) выделяют следующие особенности, свойственные женщинам, больным раком: неспособность дать выход агрессии, мазохистский склад характера, ингибированная сексуальность, репрессированное материнство, неразрешенный конфликт с матерью. L. L. Leshan (1960, 1962, 1966) последовательно развил взгляды на жизненный стереотип, свойственный 64 % онкологических больных: это лица с аутистическим детством, у которых контакты с людьми вызывают страх, в последующем в жизни такого человека важное место приобретает близкое общение только с одним человеком. Потеря этого контакта приводит к убеждению, что в жизни все плохо, развивается депрессия, а затем рак.

Авторы, изучающие данное направление, называют психосоматическую медицину *«медициной неправильных отношений между людьми»* и выделяют три концепции понимания основных моментов психосоматического направления. а) классическая концепция о «символическом языке органов»; б) направление, поддерживающее мнение о специфическом эмоциональном конфликте; в) личностный профиль (Попов Х., 1984, Steils W. et al., 1988).

По мере накопления опыта изучения психических расстройств у онкологических больных появились работы, доказывающие, что нарушения эти лишены какой-либо специфичности и во многом сходны с таковыми при тяжелых соматических заболеваниях вообще, независимо от их первопричины. Мнение исследователей нервно-психических расстройств в онкологии с психотических форм сменилось на пограничные нервно-психические расстройства (Папырин В. Д., 1983; Гунько А. А., 1985; Ромасенко В. А. и др., 1986; Герасименко В. В., 1988, Семке В. Я., 1990).

Речь идет об изучении разного рода реакций и изменений личности больного в связи с возникновением онкологического заболевания. Авторы объясняют указанное утверждение тем, что диагностирование рака является чрезвычайным по силе действия стрессором, нарушающим механизмы адаптации, которые вырабатывались у больного в течение всей жизни. Значительная эмоциональная напряженность возникает у онкологических больных по целому ряду причин: характер заболевания, травматичная операция, инвалидизация с вытекающими последствиями в семейной и производственной сферах. Выраженность психогенных реакций колеблется в зависимости от многих факторов: пола, возраста, личностных особенностей, объема хирургического вмешательства с возможными косметическими и функциональными нарушениями и многих других моментов. По мнению большинства авторов, чаще всего обнаруживается тревожно-депрессивный синдром, цифры варьируют от 5 до 56 % (Архипова О. Э. и др., 1985; Герасименко В. Н., 1988; Goldberg R. U. et al., 1986; Dean Ch., 1987).

В основу систематики и типологии нервно-психических расстройств у онкологических больных большинством авторов, занимающихся этой актуальной проблемой, положен *клинико-феноменологический* (в зависимости от структуры синдромологической картины) и *этиологический* (при котором главным признаком является первопричина возникающих расстройств) *принципы* (Попова М. С., 1985). Автор выделяет преимущественно соматогенные и смешанные расстройства – психогенно-соматогенные, объединяя их под общим названием «неврозоподобные». В клинической картине преобладают не реактивно-личностные проявления, а астенические и психоорганические.

Значительную часть больных, пришедших на прием к онкологу, составляют лица, у которых возникли подозрения или страх возникновения у них онкологического заболевания. Эти опасения могут достичь степени болезненного состояния, при котором канцерофобический синдром может иметь характер психогенной фиксации, навязчивой мысли, бреда или может быть обусловлен характерологическими особенностями (Тополянский В. Д., 1986; Смулевич А. Б., 1987). Та часть лиц, у которых опасения заболеть носят преходящий характер, обычно ограничиваются одним посещением онколога. Если же канцерофобия носит стойкий характер, то такие пациенты могут посещать повторно не только онколога, но и других специалистов. Несмотря на то что такого

рода больные избегают обращения к психиатру или психологу, потому что считают себя соматическими больными, все же попадают в их поле зрения. Таким образом, вопросы структурного анализа нервно-психических расстройств в онкологической практике рассматриваются в двух аспектах: *синдромологической структуры нервно-психических расстройств* у больных со злокачественными новообразованиями в зависимости от внешних и внутренних условий, и структуры *канцерофобического синдрома*.

Врач никогда не видит перед собой абстрактную болезнь или даже диагноз, а всегда только больного человека. При оценке психической реакции больных на возникновение у них злокачественной опухоли подчеркивается важность того, как человек переживает болезнь на разных этапах ее течения. Вначале, с момента появления минимальных симптомов, он только определяет для себя необходимость обращения к врачу. В дальнейшем наступает период резкой смены жизненного уклада вследствие установления нетрудоспособности, необходимости госпитализации. В этот период больные ищут контакта с врачом, от которого зависит их дальнейшая судьба. Следующим этапом является период адаптации к больничной среде, когда создается представление о заболевании. По мере развития болезни возможно возникновение периодов психической декомпенсации с ощущением обманутых надежд, утратой веры в лечение, отсутствием внутренней борьбы за свое здоровье.

Нервно-психические нарушения, возникающие после появления онкологического заболевания обозначают термином «*реакция*», понимаемым как последовательность связанных между собой событий, начавшихся с момента постановки диагноза, затем госпитализация в специализированный стационар и лечение, выздоровление или летальный исход. В этой реакции выделяется три фазы: первоначальное потрясение, сопровождающееся чувством страха и депрессией; во второй фазе больной пользуется обычной психологической защитой (отрицанием как средством борьбы со стрессом и угрозой жизни), в третьей фазе пациент постепенно привыкает к новой жизни, приспосабливается к новой обстановке. Реакция пациента на болезнь достаточно стабильна и может быть рекомендована в качестве основного критерия для оценки психического состояния при планировании реабилитационных мероприятий.

Склонность онкологических больных преуменьшать тяжесть своих страданий, избирательная не критичность в отношении собственной болезни при сохранных умственных способностях, внимании давно известны онкологам, так как часто встречаются и практически не зависят от личностных особенностей, но их выраженность зависит от того, насколько данный механизм психологической защиты был свойствен данной личности до заболевания (Тхостов А. Ш., 1980; Папырин В. Д., 1983). Авторы называют это изменение восприятия у онкологических больных «*семантико-перцептивной защитой*». Суть его состоит в том, что смысл всей поступающей информации, касающейся собственно заболевания и прогноза, искажается и обесценивается до такой степени, что становится практически неопасным для организма (психический стресс в этих случаях не возникает). Происходит как бы «просеивание информации» с недопущением до сознания той ее части, которая несет опасность для организма. Одновременно с этими изменениями происходит и перестройка мотивационной структуры личности, главным мотивом становится мотив сохранения жизни.

Многими исследователями первичные эмоциональные реакции на известие о злокачественном образовании и необходимости лечения расцениваются как проявление деятельности нормальных адаптивных механизмов (Дунаевский В. В., 1985; Alagaratham T. T. et al., 1986). Существует мнение, что проявления со стороны нервно-психической сферы на ранних стадиях можно считать патологическими (Бажин Е. Ф., 1983; Гунько А. А., 1985; Гнездилов А. В., 1988). Они считают, что у всех больных на всех этапах лечения наблюдаются определенные психогенные реакции. На диагностическом этапе у 91 % онкологических больных выявлены тревожно-депрессивные расстройства тяжелой и средней степени тяжести, причем у части пациентов были отмечены острые шоковые реакции.

Исследование вопросов, связанных с более отдаленной динамикой онкологического заболевания, показало, что здесь мнения исследователей близки друг к другу, нет резкой поляризации. Большинство авторов освещают два основных варианта динамики нервно-психических нарушений – благоприятный и неблагоприятный. *Благоприятный вариант* проявляется в случае раннего выявления и своевременного лечения онкологического больного в щадящем объеме, если не происходит косметических и функциональных нарушений. В этом случае через несколько

недель, после периода послеоперационной астении, пациенты самостоятельно возвращаются к труду, ведут прежний образ жизни. и нет признаков каких-либо нервно-психических расстройств. По данным литературы, количество таких пациентов колеблется от 30 до 50 % (Белов В. П., 1983; Герасименко В. В., 1988).

Большой интерес для ученых представляют больные, у которых нервно-психические расстройства переходят в *патологическое развитие личности*. В. А. Ромасенко и др. (1961) в своих работах подчеркивают, что с нарастанием тяжести заболевания психогенные моменты ослабевают, а соматогенные усиливаются за счет нарастания истощаемости нервно-психической сферы соматогенного порядка.

Важный аспект динамики нервно-психических расстройств у больных со злокачественными опухолями составляет действие на организм и психику больного проводимого комбинированного лечения (оперативного вмешательства и химиолучевой терапии). Единодушное мнение высказывают исследователи в отношении отрицательного влияния на нервную систему проводимой химиотерапии. Химиопрепараты усугубляют имеющийся у онкологических больных эмоциональный стресс (Cassidy S., 1986; Davis B. D., 1987; Fernandes F. et al., 1987). Влияние лучевой терапии на организм неоднозначно и зависит от вида излучения, дозы, локализации облучаемого очага. В своих наблюдениях М. С. Попова (1975) выявила следующее: в группе ларингэктомированных больных, которые получили комбинированное лечение, отмечались неврозоподобные и психоорганические проявления большей степени тяжести по сравнению с группой больных, у которых проводилось только хирургическое вмешательство. Степень выраженности этих нарушений находилась в прямой зависимости от дозы лучевой терапии. З. Д. Кицманюк (1981), Т. И. Тарасенко (1987) показывают, что действие лучевой терапии на весь организм и нервную систему может быть опосредованным через иммунный статус и состояние других систем неспецифической резистентности организма. Отмечается иммунодепрессивное действие фотонного излучения бетатрона с определенной энергией генерирования, а второй – на иммуносупрессивное действие лазерного излучения.

Хирургическое лечение, являясь мощным стрессовым фактором, может оказывать как положительное действие, выступая при этом в роли стимулятора неспецифической резистентности

организма (Гаркави Л. Х. и др., 1977; Мельников С. А., 1981; Гасанов Б. И., 1987), так и отрицательное – особенно в случае тяжелого общего состояния, наличия сопутствующей патологии и возникновения в послеоперационном периоде косметических и функциональных нарушений, которые являются психотравмирующим фактором. Сам факт оперативного вмешательства и его последствий для социальной адаптации во многих случаях еще не является решающим. Обследовав большую группу больных после полного удаления гортани по поводу рака, Л. К. Ермилова и др. (1987) выявили, что главной причиной невозможности социальной адаптации являются их личностные особенности.

Зависимость выраженности нервно-психических расстройств от объема оперативного вмешательства при раке гортани отмечают С. Л. Таптапова (1985), О. Э. Архипова (1986), Л. Б. Дмитриев и др. (1990). У больных раком гортани, перенесших ларингэктомию или резекцию гортани, психические нарушения формируются на фоне тяжелой патологии и являются следствием сложных соматопсихогенных взаимоотношений. Вначале это может быть известие о серьезном, угрожающем жизни заболевании, затем – хирургическое вмешательство и лучевая терапия. Удаление функционально важного органа – гортани, полная или частичная утрата звучной речи, наличие постоянной трахеостомы приводят к самоизоляции больных. Потеря звучной речи с последующей социальной дезадаптацией является мощным психотравмирующим фактором. По мнению авторов, восстановление звучной речи при психических нарушениях связано со значительными трудностями, а в некоторых случаях просто невозможно.

Поэтому тактику проведения логовосстановительной терапии нужно выбирать в зависимости от наличия и формы психических нарушений, которые проявляются у ларингэктомированных больных неврозоподобными и депрессивными расстройствами. Следует подчеркнуть, что неврозоподобные расстройства, сопровождая основное заболевание на всем его протяжении или возникая периодически, осложняют течение и ближайший прогноз, препятствуют проведению адекватных реабилитационных мероприятий. С. Л. Таптапова (1985) в своих исследованиях подчеркивает значение депрессивных состояний, возникающих после полного удаления гортани. Депрессии чаще развиваются у преморбидно активных, стеничных лиц со склонностью к повышенной эмоциональной окраске событий, особенно касающихся

их личности. Именно у таких больных четко реализуется комплекс патогенных факторов. После операции наступают качественные изменения не только во внешнем облике, но и в ряде жизненно важных функций. Трахеостомическая трубка является раздражителем не только механическим, но и видимым, при этом меняются аффект и мышление. Развернутое депрессивное состояние возникает в первые 5—6 дней, сопровождается тревожно-фобическим течением. Мысли сосредоточены на круге представлений, связанных прежде всего с угрозой жизни, тяжелым прогнозом, утратой звучной речи, невозможностью общения, инвалидизацией и социальной дезадаптацией.

Особенности личности инвалидов давно привлекают внимание исследователей. Страх быть отвергнутым в обществе и эмоциональная изоляция, обусловленная уродством, могут вызывать гораздо большую тревогу, чем сам страх смерти или рецидив опухоли (Achte K. et al., 1970). Соотношение социального, биологического и психологического аспектов в инвалидности исследовал И. Н. Ефимов (1973), автор предостерегает от недоучета любого из них в целостном рассмотрении проблемы.

При всех вариантах психических нарушений сам факт начала проведения реабилитационных мероприятий (обучение звучной речи) является первым благоприятным психологическим переломным моментом, оказывающим влияние на их состояние. Больные переключаются на активную деятельность, требующую определенной мобилизации. Создается определенная доминанта, значимость которой способствует тому, что проявления депрессии отходят на второй план. Ситуация ожидания появления пищеводного голоса является патогенным источником. Тяжесть общего состояния усугубляется добавочным фактором, страхом перед неудачей или осложнением. С. Л. Таптапова и др. (1990) рекомендуют проводить поддерживающее медикаментозное лечение психотропными препаратами во время обучения звучной речи. Наши собственные наблюдения позволяют отметить закономерность того, что при успешном овладении пищеводной речью быстрее улучшается психическое состояние.

Для успешного проведения реабилитации больных после ларингэтомии необходим комплексный подход, который должен осуществляться совместно психиатром, логопедом и врачом-онкологом. Таким образом, при сравнительном исследовании синдромологической структуры в двух клинических группах отмечена такая закономерность, в соответствии с которой при на-

растании степени тяжести соматического состояния последовательно сокращается общее число психопатологических синдромов, но при этом отмечается нарастание удельного веса астенических расстройств. Данная закономерность отражает изменения в реактивности субъекта, заключающиеся в смене «психосоциогенной сенсibilизации» в случаях меньшей степени тяжести соматического состояния на преимущественно «соматогенно-органическую сенсibilизацию», свойственную больным с более тяжелыми соматическими заболеваниями.

3.1. Состояние и динамика нервно-психических расстройств у больных опухолями головы и шеи

На базе отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии и отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН было проведено исследование больных со злокачественными новообразованиями головы и шеи по теме: «Структурно-динамический анализ и принципы патогенетической терапии пограничных нервно-психических расстройств в онкологической практике» (Гузев А. Н., 1990).

Безвыборочным методом исследованы 168 больных (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Распределение больных по группам в зависимости от локализации опухолевого процесса

Локализация опухоли	Группы больных		
	I	II	Всего
Гортань	12 (26 %)	53 (44 %)	65 (38 %)
Щитовидная железа	21 (45 %)	16 (13 %)	37 (22 %)
Нос и носоглотка	14 (29 %)	11 (9 %)	25 (15 %)
Органы полости рта	—	41 (34 %)	41 (25 %)
Итого	47 (28 %)	121 (72 %)	168 (100 %)

Главным критерием отбора материала был факт наличия онкологического заболевания или страха его возможного возникновения. Сформированы две клинические группы. В первую клиническую группу вошло 47 пациентов без онкологической патологии, с доброкачественными опухолями области головы и шеи: из них 21 пациент с доброкачественными опухолями щитовидной железы, 12 больных с доброкачественными опухолями гортани, 14 больных с доброкачественными опухолями слюнных желез, кожи, носоглотки. Общим для них было то, что нервно-психические нарушения возникли на фоне нервного напряжения,

обусловленного трудностями межличностного общения. Потребность обратиться к онкологу возникла уже в ходе развития данных нарушений, по мере формирования канцерофобического синдрома.

Эта группа была названа группой с «психогенным запуском» расстройств. Вторую клиническую группу составили 121 больной со злокачественными опухолями области головы и шеи. Из них у 16 пациентов верифицирован диагноз рак щитовидной железы, у 11 – рак полости носа и носоглотки, у 41 – рак органов полости рта, у 53 – рак гортани. Для данной группы характерным было возникновение изменений в нервно-психической сфере после выявления у них опухолевого процесса, в ходе обследования и лечения. Больные в клиническую группу были включены по признаку «соматогенного запуска» нервно-психических расстройств. Средний возраст в первой группе составил 43 ± 12 лет, во второй – 51 ± 11 лет. Подавляющее большинство больных первой группы обследовались и лечились в условиях стационара в отделении пограничных состояний НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. Больные второй группы проходили обследование и лечение в отделении опухолей головы и шеи НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН.

Основным инструментом исследования была «модель психосоматических соотношений» оригинальной конструкции, построенная на принципах системного подхода и позволяющая рассмотреть психосоматический синдром как продукт сложной совместной деятельности нескольких взаимосвязанных систем: а) организма субъекта; б) собственно целостной нервно-психической деятельности субъекта с тремя ведущими подсистемами – соматогенной, психосоциогенной, личностной; в) системы межличностных отношений субъекта. Конфликтное взаимодействие между этими тремя системами или внутри какой-либо одной из них, проявляющееся психопатологическими явлениями, носило название «сенсibilизация», а устранение этого конфликта – спонтанное или под действием внешних воздействий, – именовались «десенсibilизацией». Рабочей частью модели психосоматических соотношений стала «Базисная карта исследуемого». Данная карта объединила традиционные методы исследования больных, а также «кластерное расположение» блоков анамнеза, позволяющее оценивать историю жизни и болезни с точки зрения преобладающего типа сенсibilизации.

Выявленные клинические синдромы были распределены в три условных блока (рис. 1), каждый из которых соответствовал нарушению внешней функции системы целостной нервно-психической деятельности человека. Астенический блок синдромов объединял астенические состояния различной природы: а) психогенного; б) экзогенно-органического; в) соматогенного происхождения, который считался предпочтительным для таких патологических состояний, где ведущим фактором выступал соматогенно-органический. Психореактивный блок синдромов подразумевал сочетание невротических и неврозоподобных синдромов с аффективными нарушениями, а его предпочтительная выраженность предполагалась в случае психосоциогенного фактора.

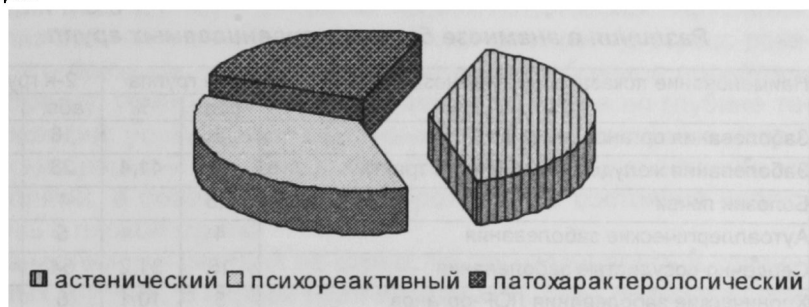


Рис. 1. Клинические синдромы нарушений внешней функции нервно-психической системы.

Патохарактерологический блок синдромов включал психопатические и психатоподобные расстройства истерического, возбуждаемого и тормозного круга, преобладание которых в клинической картине предполагало ведущее значение такого фактора, как личностный.

Использованный в исследовании динамический подход подразумевал не только наблюдение за больным на протяжении некоторого времени, но охватывал гораздо большие временные промежутки – практически от рождения данного индивида (анамнестический метод) и до окончания лечения. В литературе известно положение (Ганнушкин П. Б., 1964), что статика настоящего состояния является, во-первых, результатом предшествующей динамики, а во-вторых, условием динамики последующей. Поэтому в сравнительном изучении клинической динамики нервно-психических нарушений в двух группах нами выделены

исходные характеристики, которые выступали в качестве условия определенного типа дальнейшей динамики и отличали бы их от соответствующих особенностей в другой группе больных. Тем самым мы получили представление о преобладающем типе сенсibilизации, имевшем место до возникновения онкологического заболевания и анамнестических маркерах, по которым можно было судить о таком преобладании.

Из сравниваемых показателей значимо различающимися в группах больных оказались два – тип акцентуации характера и сводный показатель, характеризующий различные аспекты соматогенно-органической сенсibilизации: патологию внутренних органов, психосоматические заболевания, уровень общеорганического снижения. Эти различия показаны в таблице 2.

Таблица 2

Различия в анамнезе больных сравниваемых групп

Наименование показателей анамнеза	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Заболевания органов дыхания	2		18	14,7
Заболевания желудочно-кишечного тракта	19	41,4	28	23,0
Болезни почек	1,5		1	
Аутоаллергические заболевания	4		5	
Сердечно-сосудистые заболевания	15	31,2	64	52,4
Хронические заболевания ЛОР-органов	5	10,1	6	
Общеорганическое снижение на уровне церебрастении	38	82,0	72	66,0
Общеорганическое снижение на уровне энцефалопатии	6,5	14,0	27	24,8
Общеорганическое снижение на уровне деменции	2		10	
Циклоидная и гипертимная акцентуация характера	5		25	16,6
Астеноневротическая акцентуация характера	3		9	
Сенситивная акцентуация характера	8	17,8	7	
Психастенический и шизоидный типы акцентуации	6	12,8	6	
Эпилептоидная акцентуация характера	11	22,7	66	44,0
Истероидная акцентуация характера	13	28,7	31	20,6
Акцентуация характера по неустойчивому типу	0,5		6	

В первой группе на момент возникновения заболевания находились в невротическом состоянии, вызванном экстреморбидными причинами, 6 человек (8,7 % от всей первой группы), а невротическое развитие такой же природы было зарегистрировано у 14 больных (20,3 %). Во второй группе к моменту выявления злокачественной опухоли лишь у 7 пациентов (5,1 % от чис-

ла больных второй группы) отмечалось невротическое состояние, у 8 пациентов (5,8 %) – невротическое развитие, вызванное экстраморбидными причинами. Среди больных первой группы было 5 случаев алкоголизма в анамнезе, из них у 2 – II стадия алкоголизма и у 3 – III стадия. Во второй группе больных II стадия алкоголизма до заболевания злокачественным новообразованием имела у 23 лиц, а III стадия – у 25 лиц. В целом алкоголизмом страдали до возникновения заболевания в первой группе – 7,2 % больных, во второй группе – 35 %.

Сравнение анамнеза больных по таким показателям, как детский невротизм, количественная и качественная реакции на стресс, характеристика личности, показало, что имеющиеся различия статистически не значимы и не имеют решающего значения для последующей динамики нервно-психических нарушений. Анализ количественной характеристики реакций на стресс показал, что больные первой группы были вдвое больше подвержены стрессу. Имелись и различия между группами по глубине таких реакций: нормальные адаптивные и кратковременные невротические реакции преобладали у больных со злокачественными опухолями, а более затяжные невротические состояния наблюдались в первой группе.

Качественная реакция на стресс также различалась в сравниваемых группах. В первой группе были наиболее выражены психосоматические реакции, включая вегетативные расстройства, расстройства сознания, психомоторные, нарушение поведения. Иная картина наблюдалась во второй клинической группе. На первом месте здесь были эмоциональные нарушения, затем следовали психосоматические и психомоторные реакции, расстройства сознания, а вот нарушения поведения в данной группе встречались в 4 раза чаще, чем в первой группе.

В анамнезе больных сравниваемых клинических групп имеются существенные различия. Для пациентов первой группы характерны более частые проявления детского невротизма, из которых в половине случаев регистрируется невропатия, в психопатологической структуре достоверно чаще встречаются психастенический, шизоидный, истероидный радикалы. Они более часто подвержены эмоциональному стрессу, а в случае его возникновения у них развиваются невротические явления большей степени глубины и длительности, что соответствует пониманию психосоциогенной сенсibilизации. Из соматических и особенно психосоматических расстройств, к которым они повышено

склонны, чаще всего встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта (41,4 % от числа всех заболеваний внутренних органов). Расстройства нервно-психической деятельности практически у всех пациентов первой клинической группы возникали в условиях психозомоционального напряжения, вызванного различного рода психогенными воздействиями (семейными, производственными, бытовыми). Главным патогенетическим фактором здесь выступала психосоциогенная сенсibilизация.

Нервно-психические расстройства были представлены такими синдромами, как психическая и физическая астения, церебрастеническими и субдепрессивными синдромами. Наибольший удельный вес в структуре синдромов нервно-психических нарушений на первом этапе динамики (рис. 2) имели астенические нарушения, психореактивный блок синдромов был представлен аффективными расстройствами.

Во втором динамическом интервале наблюдались рост синдромов астенического блока (64,2 %) и снижение синдромов психореактивного блока (21,3 %). Это было обусловлено тем, что больные обращались в это время к врачам разного профиля, поскольку чувствовали недомогание, боли, которые за счет присоединения тревожных расстройств требовали разъяснений. Выявленные в процессе обследования соматические нарушения при лечении редко давали быстрые положительные результаты. И реакция продолжала развиваться, перерастая в невротическое состояние.

Переход невротической реакции в невротическое состояние наблюдался в начале третьего этапа, когда происходило сокращение расстройств астенического блока (55,3 %) и патохарактерологических нарушений (2,8 %) с одновременным увеличением показателей психореактивного блока (41,9 %). Появлялись новые синдромы: тревожно-депрессивный и канцерофобический. Именно на этом этапе больные первой группы обращались к онкологу. Как правило, следствием этого были новые психогенные наслоения, потому что часто онкологи находили какое-то предопухолевое состояние, совершенно определенной локализации, или соматическое заболевание. Но и при этом больные говорили о развитии рака вообще, чем приводили в недоумение онкологов, которые в таком случае рекомендовали консультацию психотерапевта. Большая часть пациентов на этом этапе обращалась за помощью к психиатру, но неохотно.

На четвертом и пятом этапах во временной шкале отмечалась тенденция выхода на первый план в психическом статусе синдромов психореактивного блока с одновременным снижением астенических проявлений. Наблюдалось нарастание канцерофобического и истероневротических синдромов. Вслед за этим наступал этап стабилизации болезненного расстройства, длящийся в среднем 4—5 лет, который характеризовался нарастанием неврастенического и неврозоподобного синдромов. Через 4—5 лет от начала заболевания происходила трансформация состояния, снижался удельный вес невротического и неврозоподобного синдромов в клинической картине нервно-психических расстройств, и одновременно нарастали психогенные нарушения. Доминирующим становилось психосоматическое состояние с соматическими, неврологическими, вегетативными нарушениями. Происходила последовательная смена типа сенсibilизации с личностного на психосоциогенный.

Больных второй группы отличают относительно редкие случаи детского невротизма, из которых в большинстве случаев наблюдается невротизация с преобладанием в характерологической структуре таких радикалов, как эпилептоидный, циклоидный и гипертимный. Они менее подвержены эмоциональному стрессу, если все же возникают такие реакции, то они менее выражены, кратковременны и неглубоки и проявляются главным образом эмоциональными нарушениями, алкоголизацией и асоциальным поведением.

Нервно-психические расстройства во второй группе возникали сразу после выявления злокачественной опухоли, направления на обследование и стационарное лечение (рис. 3). Это была реакция личности на тяжелое заболевание, которая квалифицировалась в большинстве случаев как адаптационная реакция, и она проявлялась в первом временном интервале. Случаев глубокой депрессии не наблюдалось. Ведущими были астенические и психоорганические расстройства в сочетании с субдепрессивными нарушениями. Патохарактерологические нарушения, в отличие от таковых в первой группе, наблюдались в клинической картине через месяц от начала психического расстройства, были атипичными и проявлялись в случае отказа больному в оперативном лечении. Аффект был достаточно стоек. Описанные реакции были редкими. Поведение больных, получавших комбинированное лечение, на всем протяжении пребывания в стационаре оставалось вполне упорядоченным, целесообразным в дан-

ной ситуации. В этом проявлялись не просто защитно-компенсаторные возможности, но и общие изменения реактивности больного, вызванные возникновением тяжелого заболевания.

Третий временной интервал показал, что тенденция к увеличению удельного веса психореактивного и патохарактерологического блоков сохраняется и стабильно нарастает вплоть до пятого этапа динамики включительно. Клиническая картина нервно-психических нарушений становится более разнообразной. В целостной структуре появляются ипохондрические и истероневротические нарушения, на четвертом этапе к ним присоединяется маниакальный синдром. Увеличивается удельный вес психоорганических нарушений. В целом на данном этапе динамики нервно-психических расстройств у больных со злокачественными новообразованиями, включающими третий, четвертый, пятый интервалы, можно констатировать известную стабильность и максимальное разнообразие психопатологической симптоматики, как и у больных первой группы на этих же этапах. На стадии трансформации клинической картины, на протяжении всего этапа стабилизации продолжали нарастать синдромы психореактивного блока, при этом отмечаются выраженная атипия и адаптивный характер.

Тенденция к усложнению структуры нервно-психических нарушений исчезла к 4-5 годам с момента возникновения заболевания. На шестом интервале динамики возникает другая тенденция – существенного и малообратимого редуцирования психопатологических нарушений. Исчезли патохарактерологические, аффективные расстройства, наблюдались очень бедные и простые способы реагирования на стимулы извне: астенические и психоорганические, сменяющиеся на примитивные ипохондрические и истерические реакции. В процессе динамики нервно-психических расстройств человек как бы проделывает путь, состоящий из ряда ступеней, которые ведут от более сложных к более простым и стереотипным способам реагирования на внешние стимулы.

Таким образом, сравнительный анализ динамики нервно-психических расстройств, встречающихся в онкологической практике, показал, что динамическая стратегия одинакова для больных как со злокачественными, так и с доброкачественными опухолями. Этапы данной динамики имели много общего и включали такие стадии, как становление, трансформация клини-

ческой картины. стабилизация определенного стереотипа реагирования, поздняя трансформация клинической картины (эту стадию можно назвать этапом отдаленных клинических проявлений).

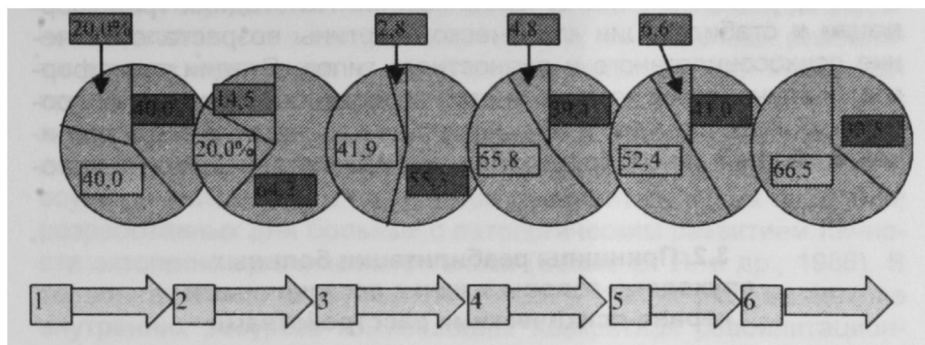


Рис. 2. Динамика нервно-психических нарушений в первой клинической группе больных.

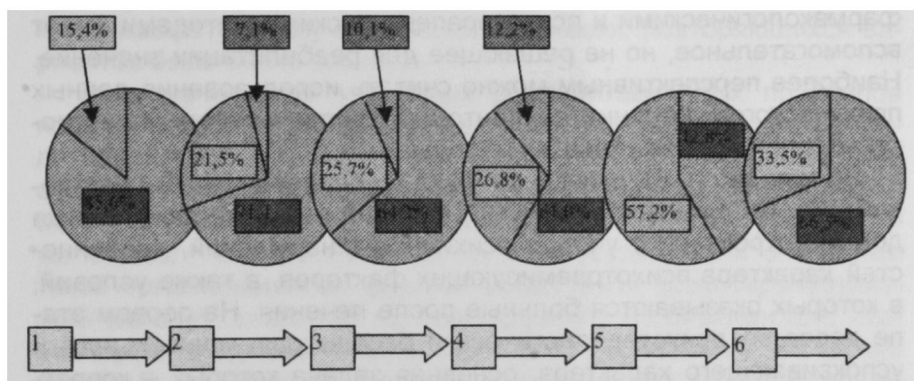


Рис. 3. Динамика нервно-психических нарушений во второй клинической группе больных.

Примечание к рис. 2, 3. Цифрами обозначены 1 – дни, 2 – недели, 3 – от 1 до 6 месяцев, 4 – от 0,5 до 1,5 года, 5 – от 1,5 до 5 лет, 6 – более 5 лет

- астенический блок синдромов
- психореактивный блок синдромов
- патохарактерологический блок синдромов

В первой группе на стадии становления преобладающими типами были личностный и соматогенно-органический, на этапе

стабилизации преобладал психосоциогенный, а на этапе отдаленных клинических проявлений – соматогенно-органический. В группе больных со злокачественными новообразованиями практически на всем протяжении заболевания доминировал соматогенно-органический тип сенсibilизации. На стадиях трансформации и стабилизации клинической картины возрастало значение психосоциогенного и личностного типов. Стадии трансформации клинической картины и этап отдаленных клинических проявлений наблюдались в обеих группах одинаково в виде увеличения аффективных расстройств и психоорганических синдромов.

3.2. Принципы реабилитации больных опухолями головы и шеи с пограничными нервно-психическими расстройствами

Изменения в нервно-психической сфере у онкологических больных носят вторичный характер, поэтому лечение их психофармакологическими и психотерапевтическими методами имеет вспомогательное, но не решающее для реабилитации значение. Наиболее перспективным можно считать использование данных психического состояния пациентов как дополнительный диагностический и прогностический методы.

По мнению Л. Б. Дмитриева, Л. М. Телелевой, С. Л. Таптаповой, И. И. Ермаковой (1990), психотерапевтическая тактика должна строиться с учетом психических нарушений, особенностей характера психотравмирующих факторов, а также условий, в которых оказываются больные после лечения. На первом этапе проводят психотерапевтические беседы разъяснительного и успокаивающего характера, основная задача которых – коррекция патологических реакций на болезнь и воспитание сознательного отношения к лечению. Исходя из того, что психологические компоненты легко формируются в психопатологические расстройства, нельзя допустить, чтобы больной утратил сознание своей социальной значимости. Кроме психотерапии, такие больные нуждаются в проведении специального психофармакологического воздействия.

Реабилитационные мероприятия осуществляются при посредстве принципов дифференцированности, комплексности и поэтапности (Семке В. Я., 1979; Кабанов М. М., 1985), которые были адаптированы и конкретизированы к исследуемым нарушениям, их новой типологии, основанной на понятии сенсibilизации.

зации. Дифференцированность заключалась в выборе психотерапевтической тактики и принципов терапии, основанных на выявлении в каждом отдельном случае преобладающего типа сенсibilизации.

Поскольку ни один из типов сенсibilизации в «чистом виде» не встречался, то в силу вступал второй из названных реабилитационных принципов – комплексное воздействие. Указанный принцип заключался в применении сочетанного влияния на биологическую (соматогенную) и психосоциогенную системы в целостной нервно-психической деятельности. Практически это осуществлялось через посредство реабилитационных программ, разработанных для больных с патологическим развитием личности экзогенно-органического генеза (Семке В. Я. и др., 1986). В терапевтическом воздействии делался акцент на увеличение внутренних ресурсов компенсации. Конкретная реабилитационная схема для каждого больного была строго индивидуальна с учетом его особенностей сенсibilизации и задействованных в имеющемся варианте систем. Более того, она создавалась в каждом конкретном случае заново, творчески, повторяющихся вариантов было очень немного.

Применение двух указанных реабилитационных принципов подразумевает и использование третьего – поэтапности реабилитационных мероприятий, поскольку объем психотерапевтической помощи был неодинаков на разных этапах, что требовало соответствующих условий (организационных форм). Опыт работы показал, что для больных со злокачественными опухолями такой организационной формой может быть психотерапевтический кабинет, открытый на базе крупного онкологического стационара и входящий в областной центр пограничных состояний (Семке В. Я., 1984). Консультант-психотерапевт проводил прием больных, назначал в случае необходимости медикаментозное лечение, которое входило в комплексную реабилитацию. Здесь же проводились психотерапевтические сеансы. Подобная работа проводилась в тесном содружестве с лечащим врачом-онкологом, логопедом, психологом, в случае необходимости привлекались и другие специалисты.

Для лиц с доброкачественными новообразованиями, которым проводилось амбулаторное обследование в онкологическом учреждении, предлагалась другая организационная форма – психотерапевтический кабинет, развернутый в поликлинике и также входящий в состав центра пограничных состояний. Объем по-

мощи и состав работающих специалистов такой же, как и для онкологических больных. Оба кабинета предназначались для пациентов с давностью заболевания, не превышающей нескольких месяцев. Оказываемый объем реабилитационной помощи в большинстве случаев был достаточным для полного купирования болезненных проявлений. На это требовалось, как правило, 10—15 дней лечения, реабилитационные схемы были простыми. В том случае, когда психическое расстройство плохо поддавалось лечению, больные направлялись в психотерапевтический стационар. Такая необходимость возникала только в отношении больных первой клинической группы, причем с давностью заболевания не менее одного года. Значительно реже на стационарное лечение направлялись пациенты второй клинической группы, но не по своей инициативе, а только путем активного вмешательства врачей.

В условиях стационара объем реабилитационной помощи был более значительным. В среднем на курс лечения требовалось 1—1,5 месяца. Реабилитационные схемы подбирались более сложные, содержали комплекс различных воздействий (психо-, фармако-, физиотерапевтические). Здесь же проводились курсы активной десенсибилизации. Полный курс состоял из 35—40 сеансов, по продолжительности от 1,5 до 2,5 часа.

Оценка эффективности психотерапии проводилась с использованием шкалы, отражающей уровень социальной адаптации больных, сложившиеся межличностные отношения, степень восстановления трудоспособности. Результаты оценки приведены в таблице 3.

Т а б л и ц а 3

Эффективность реабилитационных мероприятий

Степень эффективности	Первая группа		Вторая группа	
	абс.	%	абс.	%
Тип А	8	16,9	11	8,7
Тип В	33	70,3	67	55,5
Тип С	5	10,4	34	28,3
Тип Д	1	2,4	9	7,5
Итого	47	100	121	100

Ремиссия типа А означает полное выздоровление, типа В – практически полное выздоровление, типа С – неполное выздоровление при наличии отдельных психопатологических симптомов, ремиссия типа Д – незначительное улучшение с элементами ослабления психопатологической симптоматики и частичным восстановлением прежнего уровня трудоспособности. Эффек-

тивность проводимых реабилитационных мероприятий была достаточно высока. В тех случаях, где была достигнута ремиссия типа А, вмешательства врача больше не требовалось. При ремиссии типа В имелаась необходимость проведения эпизодических психотерапевтических мероприятий (встреча с коллегами, семейная психотерапия для мобилизации внешних ресурсов компенсации). Достижение ремиссии типа С требовало более интенсивных реабилитационных мероприятий – проводились повторные (2—3 раза в год) курсы лечения, при ремиссии типа Д требовалось назначение поддерживающей терапии в периоды между курсами стационарного лечения.

Проведенное исследование показало, что адекватная оценка и психотерапия пограничных нервно-психических расстройств является важным разделом реабилитации больных злокачественными опухолями головы и шеи. Природа возникающих расстройств сложна, поскольку на нервно-психическую сферу онкологического больного действуют одновременно несколько факторов: психотравмирующих, экзогенно-органических, соматогенно-астенизирующих. Нарушение функционирования целостной нервно-психической деятельности проявляется группой (блоком) синдромов. Астенический блок объединял астенические состояния психогенной, соматогенной и экзогенно-органической природы. Психореактивный блок синдромов соответствовал нарушению психосоциогенной системы, в него входили невротические и неврозоподобные проявления. Патохарактерологический блок синдромов включал нарушения функции личностной системы.

Сравнение целостной клинической картины каждого из синдромологических блоков, проведенное между первой и второй группами, показало, что у больных с доброкачественным характером опухоли достоверным является преобладание вклада психореактивного блока, в соответствии с психогенной сенсibilизацией. У пациентов со злокачественными новообразованиями преобладал астенический блок, соответствующий соматогенно-органической сенсibilизации. В первой группе нервно-психические нарушения возникали под влиянием ситуации, сложившейся в сфере межличностного общения. Во второй группе расстройства возникали сразу после выявления опухоли и представляли собой реакцию на данное событие, которое квалифицировано как адаптационное.

Психотерапевтическая тактика должна строиться с учетом психических нарушений, особенностей характера психотравми-

рующих факторов, а также условий, в которых оказываются больные после лечения. На первом этапе проводят психотерапевтические беседы разъяснительного и успокаивающего характера, основная задача которых – коррекция патологических реакций на болезнь и воспитание сознательного отношения к лечению. Исходя из того, что психологические компоненты легко формируются в психопатологические расстройства, нельзя допустить, чтобы больной утратил сознание своей социальной значимости. Применялось комплексное психотерапевтическое и медикаментозное воздействие.

Для больных со злокачественными опухолями были эффективны принципы увеличения совокупности ресурсов компенсации, поскольку радикальное вмешательство в патогенетический цикл было невозможным, так как это означало бы полное излечение от рака. Непосредственная реализация психотерапевтических принципов достигалась путем воздействия реабилитационных принципов дифференцированности, комплексности и поэтапности. Для больных со злокачественными новообразованиями новой формой работы стал психотерапевтический кабинет, развернутый в клинике НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, где психотерапевт работал в тесном контакте с логопедом, лечащим врачом-онкологом и другими консультантами. Для больных первой группы работа проводилась в поликлинике.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕВРОТИЧЕСКОЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Сочетание у одного пациента соматической и психической патологии – весьма частое явление в медицинской практике (как в стационарной, так и в амбулаторной). Психическое расстройство может осложнить или замедлить процесс выздоровления от терапевтической или хирургической болезни (Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В., Цейтина Г. П., 1987; Payn D. K. et al., 1997; Pugliese P. et al. 1998; Cunningham A. J., 1999), причем весьма часто оно не выявляется в условиях медицинских учреждений общего профиля. Установлено пять типов связей между соматическим заболеванием и психическим расстройством: 1) психологические факторы как причина соматического заболевания; 2) психические расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами; 3) психиатрические последствия соматического заболевания (органические или функциональные нарушения); 4) психическое расстройство и соматическое заболевание, случайно совпавшие по времени; 5) соматические осложнения психических нарушений (намеренное самоповреждение, злоупотребление алкоголем, расстройства приема пищи и т. п.). Изучение психосоматических соотношений на материале конкретных результатов обследования больных проведено нашими сотрудниками (А. Н. Гусев, В. Г. Гут) в рамках пограничной онкопсихиатрии. Проблемы онкопсихиатрии имеют несомненный междисциплинарный характер, причем психологические последствия онкопатологии соответствуют личностным реакциям на любое тяжелое соматическое расстройство: возрастные тревоги, депрессивный аффект, вплоть до риска самоубийства. Следует учесть, что злокачественные новообразования являются одной из главных причин заболеваемости и смертности во всех странах мира. В связи с этим становится актуальным аспект психологической реабилитации пациентов, их качества жизни, выработки принципов коррекции пограничных нервно-психических нарушений при онкопатологии.

Указанная категория патологии может быть отнесена к психосоматическим расстройствам, продолжающим оставаться объектом, вокруг которого не прекращаются философские и методологические споры. В формировании данной патологии принимают участие несколько групп факторов. Во-первых, соматическое состояние больного на момент возникновения онкозаболевания

и его изменения в этой связи. Во-вторых, чрезвычайное по силе и продолжительности действия психотравмирующее влияние возникшего онкологического заболевания на личность больного; это не может не отразиться на самой личности и на ее связях, отношениях с окружающей действительностью (отсюда целесообразность привлечения к разработке данной проблемы психологов, социологов и, естественно, психиатров).

Использование новых методов, не применявшихся ранее при изучении данного вопроса, а именно системного подхода с привлечением методов кибернетики, что позволяет приблизиться к пониманию указанной проблемы, прояснить ряд принципиальных моментов, без знания которых невозможно дальнейшее продуктивное ее изучение. В первую очередь речь идет о квалификации процессов, имеющих место на ранних стадиях опухолевого заболевания. По сути, приходится решать, являются ли они патологическими и требуют лечения или же отражают естественные адаптивные механизмы, вмешиваться в которые врачу без достаточного их знания нецелесообразно. Важной проблемой является типология, систематика наблюдаемых нервно-психических расстройств, в основу которых должна быть положена комплексная оценка патогенетических, клинико-динамических и прогностических параметров.

Не претендуя на всю полноту охвата упомянутого выше системного подхода, мы предприняли попытку углубленного клинико-психопатологического и клинико-динамического изучения данной патологии с последующей разработкой путей реабилитации и профилактики. Проведены исследования двух групп больных: с канцерофобическим синдромом в рамках различных пограничных нозологических форм и со злокачественными и доброкачественными опухолями головы (экстракраниальная локализация) и шеи. Отправной точкой в распределении больных на две группы послужило положение В. А. Ромасенко и К. А. Скворцова в отношении генеза канцерофобии: «...в формировании клинической картины этих нарушений имеют значение несколько факторов: 1 – качество внешнего воздействия; 2 – характерологические и вообще психические особенности данного лица; 3 – соматическое состояние субъекта.» Далее в описаниях нервно-психических расстройств при реальной онкопатологии мы находим, что в оформлении клинической картины их принимают участие практически те же самые факторы, а именно психотравмирующий, характерологический и экзогенно-

органический, которым те или иные исследователи придают разное значение. При канцерофобиях и при реальной онкопатологии клиническая картина нервно-психических расстройств является результатом сочетания и взаимодействия трех групп факторов, которые мы обозначили как психосоциогенный, конституционально-типологический и соматогенно-органический. При сравнении особенностей формирования синдрома в первой и второй группах мы рассчитывали приблизиться к пониманию патогенеза этих расстройств, конкретного вклада и значения каждого из перечисленных синдромообразующих факторов. Условно разделили их на три большие группы, имея целью указать направление их действия, противоположное действию того или иного патогенетического фактора.

Нагляднее всего это получилось на примере соматогенно-органических воздействий: противостоящие им саногенетические факторы мы условно обозначили как соматические ресурсы адаптации, имея в виду способность организма адаптироваться к данному заболеванию, выработать способы борьбы с ним и усилить компенсаторные возможности. В конечном счете, речь идет об оптимальном состоянии реактивности и неспецифической резистентности организма. Соответственно воздействию такого патогенетического фактора, как конституционально-типологический, мы противопоставили группу саногенетических факторов, объединенных под условным названием «внутренние ресурсы адаптации»: они отражали актуальное состояние нервно-психической реактивности индивида, своеобразный «порог чувствительности» к психотравмирующим воздействиям. способность противостоять им и конструктивно разрешать трудные жизненные ситуации.

Патогенному влиянию психосоциогенного фактора противостоит группа саногенетических факторов, условно именуемых нами как «внешние ресурсы адаптации». Содержательная сторона этого понятия, как и предыдущих, вероятно, довольно широка; можно предположить, что здесь имеется в виду не только отсутствие психотравмирующего воздействия на личность «извне», но и наличие в окружающей действительности ценностей более значимых, чем состояние здоровья индивида, и готовность его действовать, соотносясь с такой системой ценностей, т. е. известное многообразие и устойчивость мотивационной сферы.

При определенной условности выделения указанных групп

факторов целесообразность его на определенном этапе исследования, а именно при построении лечебных программ, представляется несомненной. Следующим допущением являются вводимые нами понятия сенсibilизации и десенсibilизации. Под первым мы понимаем такое состояние, при котором факторы патогенеза имеют определенный перевес над саногенетическими, и поэтому приобретают решающее значение в формировании клинической картины нервно-психических расстройств; под вторым – обратный процесс, при котором факторы саногенеза начинают играть доминирующую роль, что, соответственно, начинает определять динамику болезни на данный момент. Таким образом, эти два понятия позволяют не только должным образом оценивать структуру настоящего состояния, но, что еще важнее, и его патокинез – как в прогрессивном, так и в регрессивном направлении.

Зависимость выраженности нервно-психических расстройств от ведущих патогенетических факторов у больных первой группы прослеживалась в динамике (катамнез продолжительностью от 0,5 года до 3 лет, в среднем 1,5 года). Так, их клинические проявления уменьшались при дезактуализации психотравмирующей ситуации и увеличивались при ее актуализации у психогенно- и личностно-сенсibilизированных больных. В случаях с преимущественно соматогенно-органической сенсibilизацией клиническая динамика находилась в прямой зависимости от выраженности этой сенсibilизации и ее колебаний, вызванных как естественными факторами (например, сезонностью), так и предшествующим лечением основной патологии.

У онкобольных наблюдаются адаптивные процессы в организме, отражением которых в сфере психической деятельности являются анозогнозия, деневротизация и депсихопатизация, а в случае менее успешной адаптации – редуцированные невротоподобные и невротические реакции. Вне зависимости от преморбидных личностных особенностей или предшествующего психогенного анамнеза у всех пациентов второй группы ведущим патогенетическим фактором выступает соматогенный, изменение же в двух других синдромообразующих компонентах носят вторичный, определяемый соматическим фактором характер, и проявляются тенденцией десенсibilизации. Иными словами, на начальных стадиях онкозаболеваний отмечалось такое изменение общей, а за ней и нервно-психической реактивности, при которой становятся невозможными возникновение и существова-

ние пограничной нервно-психической патологии в ее традиционных вариантах. Этим и объясняется незначительная распространенность психических расстройств при онкозаболеваниях.

Прослеженная динамика (средняя длительность катамнеза до 2 лет, хотя в выборке есть и пациенты с 15-летним онкологическим анамнезом) полностью подтверждает факт доминирования соматогенного фактора над двумя остальными. Даже в наиболее благоприятных случаях, когда своевременное лечение онкозаболевания давало хороший эффект, а общие адаптивные ресурсы человека оказывались настолько высоки, что необходимость адаптироваться к заболеванию не вызывала необходимости отказа от социальной адаптации, тем не менее происходили настолько выраженные изменения общей реактивности организма, которые приводили к изменению нервно-психической реактивности, накладывая на весь психический облик печать «органической» астении, невротичности, что нельзя было квалифицировать иначе как соматогенное развитие личности. При этом оставался сохранным уровень невротического реагирования, возможны были и патохарактерологические реакции и состояния.

При менее благоприятных вариантах (отчетливо прогрессивном течении основного заболевания) исходное равновесие трех синдромообразующих факторов практически не менялось в условиях деневротизации и депсихопатизации, а в некоторых случаях и сохраняющейся аногнозии заметно нарастала органическая астения, на фоне которой невротические образования становились все менее яркими и продолжительными, все более стертыми и блеклыми, постепенно нивелировалась личность больных. Промежуточное положение в данном случае занимали пациенты со средней прогрессивностью онкопроцесса: они «успевали пережить» этап соматогенного развития личности, напоминающий таковой у больных первой подгруппы, но менее клинически очерченный и выраженный, быстрее сменяемый глубокой астенизацией и нивелировкой личности. Такое патологическое соматогенное развитие было синдромологически представлено в основном ипохондрическими расстройствами с постоянным включением депрессивных, истериформных, обсессивно-фобических и некоторых других расстройств, носящих еще отпечаток преморбидной личностной структуры. Во всех случаях расстройства эти развивались на фоне органической астении с присоединением на более отдаленных этапах проявлений органического дефекта.

В процессе системного анализа получен континуум психосоматических соотношений с переходными формами патологии, которые возникали и развивались по специфическим, свойственным только им закономерностям, далеко не во всем еще ясным. Материалом для построения такой патологии служат три группы факторов: психосоциогенный, конституционально-типологический личностный и соматогенно-органический. Дальнейшее изучение этого континуума и свойственных ему закономерностей с привлечением более строгих методов позволит, вероятно, с одной стороны, специалистам-соматологам лучше ориентироваться в сложных соматопсихических процессах, а с другой стороны, для психологов и психиатров во многом перестанут быть загадочными те процессы в организме, отражением которых являются различные психические расстройства.

Синдромологическую структуру ПНПР, встречающихся в онкологической практике, можно интерпретировать с помощью модели психосоматических соотношений как внешние проявления реализации различных вариантов патогенеза или этапов патологии. Они обозначены условно термином преобладающий тип сенсibilизации, имеющей три вектора направленности – соматогенно-органический, психосоциогенный, личностный (Гузев А. Н., 1990). С позиций системного подхода психопатологический синдром можно рассматривать как продукт сложной совместной деятельности нескольких взаимосвязанных систем – организма пациента, собственно целостной деятельности индивида (с тремя ведущими подсистемами) и системы межличностных отношений. Восстановление первоначального варианта этих взаимодействий (спонтанное или терапевтическое) определяется как десенсibilизация.

В ходе проведения структурного анализа описана картина канцерофобического синдрома (КФС), который вместе с истеро-невротическими расстройствами во многом определяет клинику пограничной патологии в первой группе пациентов. В его развернутом виде отчетливо прослеживаются аффективный (расстройства настроения, моторики, вегетатики) и идеообсессивный (аффективно окрашенные навязчивости, фобии, сверхценные образования) компоненты. Максимальный удельный вес этого синдрома отмечен у больных с доброкачественными опухолями женской половой сферы (20,8 %), несколько реже (15,5 %) – у лиц, не имевших онкологической патологии; при злокачественном характере опухолевого процесса КФС вообще не выявляет-

ся. При «редуцированных» формах синдрома (т. е. недостаточной выраженности или полном отсутствии одного из его компонентов) максимальным он был в подгруппе больных с доброкачественными опухолями или предопухолевыми заболеваниями грудных желез (42,8 %) и у лиц, не имеющих онкологической патологии (32,5 %); у онкогинекологических пациенток встречался в 22,7 % случаев; в других подгруппах не был отмечен.

При нарастании тяжести соматического состояния постепенно сокращается общее число психопатологических синдромов (рассчитанное в среднем на одного больного), причем уменьшение происходит избирательно за счет синдромов психореактивного блока при параллельном относительном нарастании удельного веса расстройств астенического блока. Данная закономерность отражает изменение реактивности организма, заключающееся в смене психосоциогенной сенсibilизации (в случаях с меньшей тяжестью соматического состояния) на соматогенно-органическую (свойственную больным с более тяжелой соматической патологией).

Как показали наши совместные с В. Г. Гутым исследования, нервно-психические расстройства при доброкачественных опухолях матки и яичников следует рассматривать в рамках психоэндокринного синдрома М. Блейлера (1954) с характерной для него триадой астенических, аффективных расстройств и нарушения инстинктов, влечений. Их встречаемость на разных этапах лечебно-диагностического процесса колеблется от 45 до 88 % с пиком через 0,5—1,5 года после операции. После хирургической кастрации в течение первого года достоверно чаще, чем после гистерэктомии, наблюдаются аффективные синдромы (соответственно 15—19 и 32—35 %), а в отдаленном периоде — психопатоподобные состояния (5—6 и 15—17 %). Эти расстройства имеют тенденцию к прогрессивности, приводящей к выраженной социально-трудовой дезадаптации.

Для возникновения и клинического оформления указанных расстройств необходимо сочетанное взаимодействие следующих групп факторов: снижение адаптационных возможностей организма вследствие нарушения функционирования церебральных структур (гипоталамо-гипофизарных) первично или вторично — при нарушении или прекращении гормональной регуляции на уровне матки или яичников; нарушение межличностных отношений или невозможность выполнения социальных ролей вследствие эндокринных нарушений (переживание бесплодия,

затруднений в сексуальной жизни и пр.); постоянно или периодически возникающие эндокринные пертурбации (нейровегетативные нарушения в виде приливов с потливостью, болезненные или обильные месячные, гирсутизм, алопеция); интрапсихический конфликт, обусловленный личностными (конституциональными) особенностями (например, наличием акцентуации характера, преппсихосоматического или психопатического склада личности). Изучение структуры ПНПР показывает их неустойчивость, полиморфизм, наличие переходных форм. Их формирование идет на фоне многообразных, преимущественно перманентных нейровегетативных нарушений и соматозндокринных сдвигов. Все облигатные синдромы (астенический, ипохондрический, истериформный, эксплозивный) и их варианты характеризуются преимущественно невротическим уровнем клинической выраженности.

При оценке клинической динамики облигатных психопатологических синдромов при доброкачественных опухолях матки и яичников удается выделить три этапа: *начальный* (преимущественно астенических расстройств), *структурирования аномального склада личности* (полиморфных аффективных и невротоподобных расстройств) и *стойкого патохарактерологического сдвига* (по типу соматогенно обусловленного патологического развития личности).

Начальный этап выявляется у женщин с различным преморбидным личностным рисунком, продолжительность его составляет 1—4 года, а начало отмечается за 1—2 года до выявления опухоли, реже — в момент ее выявления или позже. Начало характеризуется субклинической астенической симптоматикой (легко выраженные и нестойкие утомляемость, усталость к концу дня, раздражительность, тревожность, легкие затруднения припоминания, неглубокий сон, сердцебиение, кардиалгии, дистальная потливость). Под влиянием соматогений, переутомления, психотравмирующих факторов на субклиническом астеническом фоне формируются астенические реакции, способные на первых порах подвергаться регрессу под влиянием отдыха, приема растительных адаптогенов, седативных средств. Наиболее частыми реакциями являются *астеновегетативная* (повышенная физическая утомляемость, эмоциональная лабильность, легкая рассеянность, диссомнические расстройства, потливость, кардиалгия), *астеносубдепрессивная* (снижение уровня побуждений, преобладание оттенка безрадостности в общем фоне настрое-

ния, утомляемость), *астенодистимическая* (тревожность, раздражительность, слезливость, недовольство окружающими, угрюмость), *астенофобическая* (страхи замкнутых пространств, очередей, заболеть раком), *субдепрессивно-ипохондрическая* (тревожность, подавленность, сосредоточенность внимания на собственных ощущениях, носящих сенестопатический характер), *астеноистерическая* (демонстрация с оттенком драматизации, оценка малозначимой астенической симптоматики, рудиментарные конверсионные нарушения).

Далее формируется устойчивый астенический синдром (соматогенная астения), ядром которого являются повышенная утомляемость, раздражительность, эмоциональная лабильность, нарушение концентрации внимания, поверхностный сон. Астеническая симптоматика отличается стертой, отсутствием полиморфизма клинических проявлений, наличием многообразных нейровегетативных и обменно-эндокринных нарушений. Происходит заострение преморбидных личностных черт, упрочение и усиление выработанного набора стереотипных поведенческих реакций. У тормозимых натур это проявляется в усилении тенденции к самоустранению и самоизоляции, у возбудимых – в виде преобладания реакций раздражительности, гнева, у истерических – в виде закрепления способности к субъективному игнорированию отрицательно окрашенных сигналов и тенденции к манипулированию окружающими на основании эгоистически интерпретируемых правил поведения, у гипертимных – в виде некоторого усиления активности, сопровождающейся, однако, относительным снижением эффективности деятельности. Нарушение инстинктивной деятельности и влечений выражается в изменении либидо и аппетита в сторону снижения или повышения, зоны температурного комфорта в виде зябкости, плохой переносимости жары.

На этапе стойкого патохарактерологического сдвига наблюдается дальнейшее прогрессирование астенических, дистимикодисфорических и истероипохондрических расстройств, отмечается перераспределение удельного веса неврозоподобного и патохарактерологического симптомокомплексов. Происходит трансформация собственно феноменологических проявлений клинической картины в направлении, обусловленном изменением взаимоотношений личности с неблагоприятными микросоциальными факторами, перестройка всего стиля личностного реагирования с формированием соматогенно обусловленного пато-

логического развития личности в виде астенического, ипохондрического, истериформного и эксплозивного вариантов.

Адекватная коррекция нервно-психических расстройств при доброкачественных опухолях матки и яичников должна обязательно учитывать преморбидные личностные особенности больных. Астенический вариант динамики наблюдается у лиц с тормозимыми чертами характера (преимущественно астенические, психастенические личности, сензитивные шизоиды), реже – у возбудимых и гармоничных. Ипохондрический вариант динамики отмечается преимущественно у возбудимых, реже – у истерических и тормозимых личностей. Истериформный вариант формируется преимущественно у личностей с истерическими чертами характера, а также у гипертимных и части возбудимых, а эксплозивный – в основном у личностей возбудимого круга.

Нервно-психические нарушения у больных со злокачественным характером заболевания опухоли возникают, как правило, тотчас или вскоре после выявления новообразования и представляют собой реакцию личности на тяжелое соматическое заболевание. В подавляющем большинстве случаев они квалифицируются как адаптационные (приспособительные) реакции: чаще всего с расстройством эмоций – тревоги, беспокойства (33,6 %), реакции анозогнозии (27,7 %), значительно реже – кратковременные депрессивные реакции (10,9 %) или более затяжные депрессивные состояния (7,3 %). На втором этапе (спустя 0,5—1 год от начала заболевания) происходит нарастание удельного веса астенических и психоорганических расстройств в сочетании с субдепрессивными проявлениями. На третьем этапе (поздней трансформации клинической картины) ведущие невротические и неврозоподобные нарушения сменяются психоорганическими симптомами. На стадии отдаленных клинических проявлений отмечены существенное упрощение клинической картины и значительное увеличение удельного веса психоорганических расстройств.

В патогенетической модели нервно-психических расстройств у больных со злокачественным характером опухоли значительное место отводится таким клиническим феноменам, как анозогнозия, редукция психопатологического способа реагирования, депсихопатизация. Суть их действия состоит в том, что ценой последовательной редукции функционирования двух вышестоящих систем (целостной нервно-психической деятельности и межличностных отношений) достигается максимально возмож-

ная концентрация совокупных защитно-компенсаторных сил на главной задаче биологической системы (организма больного) – приостановке роста опухоли (или недопущении ее рецидивирования после лечения).

Целью патогенетической терапии является реализация принципа увеличения совокупных ресурсов компенсации, поскольку радикальное вмешательство в патогенетический цикл (т. е. десенсибилизация) не представлялось возможным. С учетом специфики основного заболевания исключаются медикаменты и физиопроцедуры, способные ускорить злокачественный рост, а также психотерапевтические приемы, требующие значительной затраты сил пациента или сопряженные с психоэмоциональным напряжением. Психотерапия с 90-х гг. прошлого века активно внедряется в онкологическую практику (Holland J et al., 1992; Marsden S. C. 1998, Moorey S. et al. 1998)

Непосредственная реализация данных терапевтических принципов достигается путем применения адаптированных к специфике пограничной онкосихиатрии принципов дифференцированности, комплексности и поэтапности реабилитационного воздействия (Семке В. Я., 1999). Первые два принципа подразумевают выбор терапевтического вмешательства с учетом структуры реактивности пациента (тип преобладающей сенсibilизации) с использованием соответствующих патогенетических подходов. Третий принцип подразумевает варьирование объема помощи на разных этапах динамики в условиях соответствующих организационных форм (амбулатория, полустационар, стационар). Особого внимания заслуживает созданный при нашем участии (Гузев А. Н., Семке В. Я., 1990) кустовой психотерапевтический кабинет, развернутый в клиниках НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН. В нем консультант-психотерапевт работает для обследования и лечения пациентов с онкологическими проблемами в содружестве с психологом, логопедом (для лиц с локализацией опухолевого процесса в области головы и шеи), лечащим врачом-онкологом и другими консультантами. Аналогичным звеном для лиц, не имеющих онкопатологии или же с доброкачественным характером опухоли, служит развернутый в общесоматической поликлинике психотерапевтический кабинет. В случаях неэффективности лечения в данных условиях пациенты направляются в психотерапевтический полустационар или стационар (в рамках созданного нами межрегионального центра пограничных состояний), причем больные второй группы – только после лече-

ния основного заболевания, закончившегося стойким улучшением. Оценка реадaptационных и реабилитационных мероприятий, проведенная с использованием специальной шкалы (Семке В. Я., 1981), показывает хорошую эффективность применения указанных принципов и организационных форм специализированной помощи. В группе больных со злокачественными опухолями полное выздоровление (имеется в виду исчезновение нервно-психической, а не основной патологии) достигнуто в 8,7 % случаев, практически полное – в 55,5 %, неполное – в 28,3 % и незначительное – в 7,5 %. Еще более обнадеживающие результаты получены в первой группе (16,9; 70,3; 10,4; 2,4 %). Применение принципов патогенетической терапии позволяет оптимизировать превенцию, лечение пограничной патологии, встречающейся в онкологической практике, а также реабилитационные мероприятия с данным контингентом больных.

ЛИЧНОСТНАЯ ДИАГНОСТИКА В ОНКОПСИХИАТРИИ

Особый интерес представляет вопрос о влиянии психических расстройств, переживаний и преморбидных характерологических особенностей человека на протекание онкологического процесса. Н. J. Eysenck (1989) в работе «Рак, личность, белки» приводит данные о связи личности с возникновением или предотвращением рака. Риск развития рака, по его мнению, связан с такими особенностями личности, как эмоциональная лабильность, экстраверсия, аномальное выражение эмоций (чрезмерное подавление чувств), а также депрессия и безнадежность. Как полагает Н. J. Eysenck, тревога и невротические проявления защищают от рака, а острый стресс, снижая эффективность иммунной системы, способствует его возникновению. Повышение уровня кортикостероидов, которое имеет место при депрессии, снижает клеточный иммунитет и способствует развитию рака. АКТГ, связанный с тревогой и нервным возбуждением, наоборот, способствует укреплению защитных сил организма. Особо акцентируется внимание на том, что индивидуальные различия и генетические факторы могут оказывать существенное влияние на проявление соответствующих особенностей психического статуса. А. Лоуэн (2000) считает, что рак часто развивается после смерти любимого человека, а также стресса, связанного с потерей родительской любви в раннем детстве. Подавленная злость и подсознательное стремление к смерти в течение всей жизни – это феномены, которые чаще других выявляются у онкологических больных.

Существует давнее мнение, подтвержденное достаточно большим количеством исследований, что онкологические больные характеризуются сходным профилем личности (Кошуг Н. Г., 1990; Завизион Ф. В., 1996; LeSchan L. L., 1977; Harpharm W. S., 1995; Bernal M. P., 1995; De Florio M. X., Massik M. J., 1995; Pelcovitz D. et. al., 1995; Nezelof S. et al., 1996; Schraub S. et al., 1996).

На основании анализа психических аспектов жизни более 500 онкологических больных L. L. LeSchan (1977) выделяет в них четыре основных момента:

1. Юность этих пациентов была отмечена чувством одиночества, покинутости, отчаяния. Слишком большая близость с другими людьми вызывала у них трудности и казалась опасной.

2. В ранний период зрелости эти пациенты либо устанавливали глубокие, очень значимые для них отношения с каким-то

человеком, либо получали огромное удовлетворение от своей работы. Все они относились, таким образом, к психологическому типу, склонному связывать себя с каким-то одним объектом или ролью (с человеком, работой, домом), а не развивать собственную индивидуальность.

3. Затем эти отношения или роль исчезали из их жизни, в результате снова наступало отчаяние.

4. Одной из основных особенностей онкологических больных было то, что их отчаяние не имело выхода, они переживали его в «себе». Они не были способны излить свою боль, гнев или враждебность на других. Окружающие обычно считали их необыкновенно хорошими, «святыми» людьми.

L. L. LeSchan (1997) сообщает, что у 76 % опрошенных онкологических больных были выявлены признаки, соответствующие описанному стереотипу.

Ещё одна черта онкологических больных состоит в том, что уже до заболевания они были подвержены чувствам безнадежности и беспомощности. В. Bower (1996) отмечает, что существует связь между состоянием безнадежности и повышенным риском смерти от рака или болезней сердца, которая может быть независима от других факторов риска этих заболеваний. На основании специального опроса двух тысяч мужчин и наблюдения за этой когортой лиц в течение 10 лет им установлено, что в 2—3 раза уровень смертности от рака был выше у лиц при средней и высокой степени безнадежности. Это отнюдь не означает, что чувство безнадежности вызывает рак, но это ощущение тоже может сыграть существенную роль в развитии и течении заболевания. Подавление эмоций также относят к преморбидным характеристикам личности онкологических больных (Ромасенко В. А., Скворцов К. А., 1961; Тхостов А. Ш., 1980, Канарейкин К. Ф., 1993; Аверьянова С. В. и др., 1999; Bergsma J., 1994; Watson W. et al., 1994).

Исследование психологических характеристик, таких как личность, включая механизмы защиты и образ тела, проведено Р. О. Попел (1998) в трех группах женщин, которые включали больных раком молочной железы, больных доброкачественными заболеваниями молочных желез и здоровых женщин. Группа больных раком молочной железы характеризовалась невозможностью идентифицировать чувства и выразить их; неструктурированной концепцией Я, психофизическим отчуждением от себя. Стресс и потери в течение последних 10 лет были независимо и

специфично связаны с заболеванием раком молочной железы, но сочетались с низкой возможностью совладания и защищенности, они делали личность более подверженной и эмоционально истощенной и покорной.

На основании большого количества эмпирических исследований Н. И. Непомнящая (1998) делает вывод о том, что людям, склонным к онкологическим заболеваниям, присуща совокупность определенных особенностей психики личности, которая обозначается как инфантильность и проявляется в специфике позиции («позиция ребенка»). В ответ на стрессовую ситуацию происходят углубление, обострение инфантильных черт, свойственных данным людям.

Таким образом, преморбидные характеристики личности могут рассматриваться как дополнительный фактор в развитии злокачественного процесса, влияя на эндокринный и иммунный балансы организма, и следовательно, их следует учитывать при лечении онкологических больных.

Одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблема реакций личности на болезнь.

Онкологические заболевания приводят не только к функциональным и органическим нарушениям. Диагноз «рак» или даже просто госпитализация в онкологическую клинику являются сильнейшей психологической травмой (Березкин Д. П., Зырянова Н. Г., 1976; Sutherland A. M., 1957; Currie L. M., 1966). Онкологического больного следует рассматривать как человека, находящегося в серьезнейшей стрессовой ситуации.

Психологической основой ориентации больного на продуктивную социальную жизнь, успешную адаптацию в обществе является активация его мотивационной сферы, ценностных ориентаций, создание адекватных трудовых установок. Здесь мы сталкиваемся с наиболее важным моментом изменений личности при онкологических заболеваниях. Эти изменения есть результат развития в условиях кризисной ситуации. Задавая условия такого развития, объективная ситуация тяжелого, смертельно опасного заболевания приводит к изменению «позиции» больного, его мироощущения, краху жизненных ожиданий. Неопределенность прогноза нарушает возможности планирования жизненных целей, сужает временную перспективу, необходимую для нормальной человеческой жизнедеятельности. Активность, целеустремленность, установка на самореализацию и достижения направлены в будущее и утрачивают свой смысл в ситуации он-

кологического заболевания, фрустрирующего основные человеческие потребности социального и физического существования.

Специфическая ситуация тяжелой болезни актуализирует у онкологических больных мотив «сохранения жизни», который становится главным побудительным и смыслообразующим мотивом их деятельности. Все остальное кажется бессмысленным, не имеющим самостоятельной ценности. Больные ощущают, что все, к чему они стремились раньше, чего добивались с трудностями и усилиями, важно только тогда, когда нет угрозы более витальным потребностям. Необходимыми и осмысленными кажутся формы деятельности, связанные с лечением и отвечающие потребности физического существования.

Деятельность человека в норме направляется и регулируется его потребностями. Потребности удовлетворяет их предмет – мотив деятельности. Для достижения мотива человек ставит перед собой конкретные цели, часто не имеющие собственной побудительной силы и обладающие смыслом лишь в контексте потребности и ее мотива. Например, потребности физического благополучия могут отвечать многие конкретные цели: занятия спортом, соблюдение диеты, гигиенические мероприятия и пр. Один из путей развития человеческих потребностей в онтогенезе – это сдвиг «мотива на цель» (Леонтьев А. Н., 1972), когда цель сама начинает отвечать новой потребности – порождает ее. Например, спорт из оздоровительного мероприятия может стать самостоятельной потребностью.

Привычные формы деятельности при сохранении своего внешнего вида меняют внутреннее содержание, наполняясь новым, связанным с болезнью смыслом. Так, даже работа, кроме возможности самореализации, достижения материального благосостояния, может стать способом отвлечения от болезни, физкультура – методом лечения, пища – диетой. При антагонизме мотива «сохранения жизни» ранее действовавшим мотивам, невозможности включения их в деятельность лечения в качестве целей они теряют актуальность, лишаются смысла. Человеческая деятельность из полимотивированной в норме становится весьма бедно мотивированной, что проявляется как в реальной жизни больного, так и в клинической картине личностных изменений.

Аутизация, замкнутость, отчужденность, обеднение эмоциональной сферы, пассивность онкологических больных, описанные в клинических и психологических исследованиях, в значи-

тельной степени обусловлены сужением круга актуальных мотиваций, новым их смыслом для больного. Доминирование ведущего мотива «сохранения жизни» придает особую специфику всей психической жизни больного, накладывает отпечаток на особенности восприятия, мышления, перестраивает систему ценностей, все его мироощущения. Больные сами отмечают, что «все стало другим», «теперь я ко всему по-другому отношусь». То, что раньше радовало, привлекало, казалось важным, теряет свою привлекательность, лишается смысла, зато появляются ранее несвойственные интересы, повышенная эгоистичность. Больные становятся более равнодушными, сужается диапазон событий, представляющих для них эмоциональную значимость. Ограничиваются контакты с окружающими людьми. Творческая активность сменяется стремлением к стереотипному выполнению работы. И к себе, и к окружающим больные становятся менее требовательными, сохраняя часто мелочность, желание опеки.

Доминирование мотива «сохранения жизни» ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению жизненной активности больного, если такая жизнь противоречит этому мотиву, либо к формированию нового смысла привычной деятельности, если она включается в структуру мотива в качестве цели. Это приводит к возникновению самых разнообразных «уходов»: в болезнь, в работу, в семью, в общественную деятельность. В дальнейшем подобные цели способны снова получать собственную побудительную силу, но уже по механизму «сдвига мотива на цель».

Психологические трудности, с которыми сталкиваются онкологические больные, связаны не только с угрозой жизни. Проведенное лечение, калечащие операции ставят перед ними профессиональные, бытовые, семейные и другие проблемы. Их значимость определяется субъективно. В качестве примера могут быть названы угроза женственности и боязнь нарушения супружеских отношений после мастэктомии, страх быть отвергнутым семьей и обществом после колостомии, которые сами по себе начинают доминировать в структуре переживаний.

То или иное содержание психологического конфликта вызывает значительное повышение уровня эмоциональной напряженности, проявляющейся прежде всего в ощущении опасности, беспокойства, страха, тревоги, порой приводящих к фиксации

психического нарушения и полной дезорганизации поведения (Березкин Д. П., Бажин Е. Ф. и др., 1979).

На диагностическом этапе отмечаются, помимо «шоковых» реакций, эти два основных типа реакции на болезнь. Первая группа больных при амбулаторном обследовании склонна к реакции страха, паники, на предложение госпитализировать у больных возникает стойкое состояние тревоги и депрессии. Пациент боится не только болей, угасания, смерти, но и физических дефектов (например, удаления части тела или органа, облысения из-за химиотерапии и т. д.), а также социальной изоляции вследствие длительного пребывания в больнице. При обследовании таких пациентов надо быть крайне предусмотрительным, так как больной внимательно наблюдает за медицинским персоналом, в первую очередь врачом, оценивает те симптомы, которые обнаруживает у него врач, отношение и реакцию на них. Пациент впитывает, как губка, все услышанное о своем состоянии и заболевании. В этих случаях ненужное отвлечение при обследовании, невнимание к жалобам пациента могут сказаться неблагоприятно (уменьшится доверие к врачу, ухудшится контакт с ним). Другая группа больных реагирует патологическим «спокойствием» и пассивностью, нерегулярно посещает поликлинику, часто не доводит до конца первое обследование, негативно относится к предложению стационарного обследования с целью уточнения диагноза и подбора адекватного лечения. При обследовании обеих групп пациентов необходимо соблюдать психотерапевтический подход, следует избегать «развенчивания» искаженной картины болезни, адекватно с учетом типа реагирования подбирать информацию об особенностях проявления и течении конкретного заболевания, а также о надежных и целесообразных методах обследования для этой группы больных, проводить соответствующую подготовку перед каждой из планируемых процедур.

На этапах, связанных с операцией, отмечается еще одна закономерность – прямая зависимость между степенью инвазивности вмешательства, определяемой местом поражения, и выраженностью эмоциональных расстройств (Шульга А. И., Сонник Е. Г., 1990; Завизион и др., 1995; Менделевич, 1997; Коблер-Росс, 2001; Русина Н. А., 2002). Так, у больных с экстирпацией прямой кишки имеются более тяжёлые реакции, чем у больных с резекцией желудка. Больные оказываются психологически не подготовленными к операции и её хирургическим по-

следствиям, жизнедеятельности с колостомой. Для пациентов с послеоперационными стомами характерны снижение самооценки, эмоциональная нестабильность, высокий уровень аутоагрессии, социальная дезадаптация. Пациенты с противопоказаниями к восстановительной операции используют нерациональные способы психологической защиты. Они становятся чрезмерно обидчивыми, неадекватными в восприятии своего тела, испытывают болезненный стыд. При этом боятся, что люди избегают их из опасности заразиться, в связи с этими переживаниями сокращают межличностные контакты и общение. С учетом этих данных можно лучше прогнозировать психогенные реакции для определенного контингента больных. Именно с учетом выявляемых болезненных представлений следует делать выбор той или иной терапевтической стратегии среди других современных методов, выбор объема операции в случаях экстренного вмешательства, информировать в щадящей форме о предстоящих трудностях лечения и опасных методах медицинских вмешательств. При этом не следует вести разговор о больном с другим медработником в его присутствии, если это касается каких-либо сторон болезни, о которых не нужно знать больному.

На стадии стационарного этапа необходимо поддерживать охранительный режим, который зависит от четкой организации работы в отделении и между различными подразделениями, правильного размещения больных в палате с учетом психологической совместимости. На катamnестическом этапе больные обычно чувствуют облегчение, в связи с тем что могут вернуться домой. Кроме того, особенности психологической реакции во многом определяются эффективностью проведенного лечения. При возобновлении болезненного процесса многие больные вновь переживают бессилие и растерянность.

Рак молочной железы является самым распространенным онкологическим заболеванием среди женщин. Ежегодно в России заболевают около 40 000 женщин и около 20 000 умирают от этой болезни. В последние годы в России отмечается возрастающий интерес к онкологическим заболеваниям молочных желез, что связано с неуклонным ростом онкологической патологии молочных желез, которые занимают лидирующее место как в структуре онкологической заболеваемости, так и по показателям смертности среди женского населения. В структуре заболеваемости женщин РФ злокачественными новообразованиями на 2004 г. лидирует РМЖ – 19,8 %. Динамика заболеваемости ра-

ком молочной железы женского населения России возросла с 28,9 % в 1990 г. до 40,9 % в 2004 г. В структуре смертности женского населения от злокачественных заболеваний на первом месте РМЖ – 17,4 % (Вестник Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина РАМН. 2006. Приложение 1, том 17. № 3).

Большинство исследований, касающихся психических расстройств у женщин, больных РМЖ, проводилось главным образом в терминальной стадии заболевания (Каплинский М. З., 1941; Kubler-Ross E., 1971; Hinton J., 1972; Feifel H., 1978) либо в период стационарного лечения основного заболевания (Герасименко В. Н., Артюшенко Ю. В., 1978; Купченко И. Г., 1980; Стернюк Ю. М., 1981). В то же время Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов (1983) отмечают, что спустя 18 месяцев после проведенного лечения по поводу РМЖ у 64 % больных имеются нарушения психики. Однако данных о психических нарушениях на ранних стадиях заболевания, постановки диагноза и начала лечения РМЖ практически отсутствуют. С улучшением результатов лечения РМЖ, достигнутым за последние годы, актуальной проблемой становится качество жизни больных (Блохин С. Н., 2002).

Имеются указания на то, что качества, заложенные в изначальной женской личности, играют решающую роль. Многочисленные исследования позволяют составить приблизительный портрет женщины, страдающей этим заболеванием. Она часто отдаёт всю себя окружающим, но не может или не позволяет себе брать ничего взамен. Покупает любимые лакомства для всей семьи, но если спросить, что любит она сама, она, скорее всего, затруднится с ответом (Ли Д. Р., Хэйли Д., Хопкинс В., 2000). Чрезмерно затянувшаяся самоотдача, когда потомство уже не нуждается в таком количестве заботы и опеки, полный отказ женщины от себя нарушает естественное биологическое равновесие. Мишенью, «слабым местом» оказывается в этом случае грудь как орган, отвечающий за вскармливание. Ряд других авторов считает, что опухолевые заболевания молочной железы трактуются как результат неосознанного отказа от женственности, сексуальности (F. Alexander).

В заключение заметим, что до настоящего времени существует ряд противоречивых и дискуссионных моментов по проблеме психопатологии онкологических больных, тем более не достаточно изучены нервно-психические расстройства женщин с раком молочной железы. Прогрессирующая динамика заболе-

ваемости данной нозологией, её более раннее начало и косметические недостатки после специального лечения (химиотерапия, мастэктомия) требуют детального изучения психического состояния данного контингента лиц для разработки дифференциально-диагностических и прогностических подходов, направленных на своевременную диагностику и корректную тактику в проведении психореабилитационных мероприятий по улучшению их качества жизни, что играет немаловажную роль в динамике развития основного (рак молочной железы) заболевания.

Объектом исследования явились женщины с раком молочной железы на базе отделения общей онкологии клиник ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН. Диагноз заболевания во всех случаях был подтверждён патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала. В исследуемую выборку были включены 102 женщины с раком молочной железы. В обследование не включались женщины старше 80 лет и с IV стадией рака молочной железы.

На первом этапе проводились обследование и анкетирование женщин с раком молочной железы. Кроме того, была изучена их амбулаторная медицинская документация, в обязательном порядке производился ретроспективный анализ психического и соматического здоровья. Анализ объективного анамнеза осуществлялся путём сбора данных из бесед с женщинами. Состояние психического и соматического здоровья до обнаружения опухоли молочной железы ретроспективно оценено нами как удовлетворительное. На втором этапе определены болезненность пограничными нервно-психическими расстройствами, их клиническая структура, реакция личности на диагноз, адаптация к условиям онкологического стационара, выявлены и систематизированы производственные и социально-бытовые, психогенные, соматогенные факторы, способствующие возникновению и развитию пограничных нервно-психических расстройств. Была изучена клинко-нозологическая и клинко-динамическая структура пограничных нервно-психических расстройств у женщин с раком молочной железы с оценкой качества жизни этой категории респондентов. На третьем этапе исследования с учётом клинической стадии онкологического заболевания были выделены три группы больных, проведён сравнительный клинко-динамический анализ пограничных нервно-психических расстройств в выделенных группах; разработаны основные принципы превенции и реабилитации.

Квалификация диагноза проводилась в соответствии с Международной классификацией психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра. При постановке диагноза использовались следующие диагностические критерии: для невротических расстройств (F40—F43), для расстройств личности (F60—F62).

Таблица 4

Распределение обследованных по стадиям рака молочной железы

Стадия РМЖ	Классификация РМЖ (TNM)	абс.	%
I стадия	T1-N0-M0	22	21,57
IIa стадия	T0-N1-M0 T1-N1-M0 T2-N0-M0	35	34,31
IIb стадия	T2-N1-M0 T3-N0-M0	23	22,55
IIIa стадия	T0-N2-M0 T1-N2-M0 T2-N2-M0 T3-N1-2M0	13	12,75
IIIb стадия	T4-N1-4M0 T1-4N1-4M0	9	8,82
IV стадия	T1-4N1-4M1	0	0,00
Итого		102	100,00 %

В качестве основных методов исследования использовались 1) клиничко-психопатологический (оценка симптомов, синдромов и состояний пациентов); 2) клиничко-динамический (оценка динамики клинических и социальных характеристик); 3) экспериментально-психологический (оценка количественного и качественно-определения структурных личностных характеристик); 4) статистический (компьютерная программа «Statistica for Windows 6.0» с использованием коэффициента Стьюдента, критерия достоверности различий p , однофакторной ANOVA).

Основными методами исследования являлись клиничко-психопатологический и клиничко-динамический. При проведении клиничко-динамической оценки расстройств адаптации использовались общепринятые в отечественной психиатрии понятия невротических реакций, состояний и развитий (невротические и патологические) (Ганнушкин П. Б., 1963; Кербиков О. В., 1971; Ушаков Г. К., 1978; Семке В. Я., 1999, 2001). С их помощью были проведены анализ влияния этиопатогенетических факторов (психогенного, социально-психологического); изучение раннего онтогенеза; особенности микросоциального окружения в детстве (в том числе условия воспитания); значимости дополнительных

экзогенно-органических, соматических, микросоциальных стрессовых воздействий; динамики психопатологических проявлений; факторов, способствующих заболеванию, имеющих патопластическое значение.

Полученные результаты вносились в специально разработанную базисную карту. Базисная карта состояла из 63 вопросов и включала следующие разделы: социально-профессиональный статус, анамнестические данные, макро- и микросоциальные характеристики (семейное положение, состав семьи, количество детей, причины неудовлетворительных семейных отношений), характеристика болезненного состояния (возраст к моменту начала заболевания, длительность заболевания на момент выявления, характеристика течения и т. д.), характеристика реакции личности на диагноз рака молочной железы, результаты психологического тестирования.

В рамках клинко-динамического подхода использовались дополнительные методы исследования, ведущим из которых являлся клинко-психологический, который позволял оценить ряд важных личностных характеристик, закономерностей формирования ПНПР, расстройств личности и поведения в целом.

Для подтверждения полученных клиническим методом данных и в целях психометрической оценки личностных характеристик нами был использован специально составленный пакет тестов, включающий шкалу качества жизни, шкалу тревоги Гамильтона, шкалу дисфункциональности, индекс жизненного стиля, опросник верований и суеверий (Стоянова И. Я., Ошаев С. А., Добрянская Д. В., 2003).

Перспективность применения в диагностических целях субъективных оценок состояния здоровья отмечалась еще А. А. Ухтомским (1956), который писал, что *«так называемые субъективные оценки столь же объективны, как и всякие другие, и дадут на практике критерии заболеваемости более деликатные и точные, чем соответствующие лабораторные методы сами по себе»*. Для субъективной оценки общего уровня качества жизни нами использовался опросник качества жизни по И. А. Гундарову («Роза качества жизни», 1994), являющийся графическим отображением качества жизни. Сравнительный анализ качества жизни определялся по критериям, включающим следующие дефиниции: положение в обществе, работа, душевный покой, семья, дети, здоровье, условия в районе проживания, жилищные условия, материальный достаток, питание, сексуальная

жизнь, духовные потребности, общение с друзьями, развлечения, отдых. Количественные категории рассматривались в градации от 0 до 5 (отсутствие признака – 0; полное неудовлетворение – 1; минимальное – 2; умеренное – 3; достаточное – 4; полное соответствие с желаемым – 5). В последние годы в литературе вопросам качества жизни уделяется много внимания. В индустриальных странах рост интереса к качеству жизни является показателем стремления к развитию целостного взгляда на индивида в медицине и социальных науках. Однако следует отметить, что под термином «качество жизни» нередко понимается совокупность разнородных понятий (Семке В. Я., 2000; Kasting G., 1998).

В 1948 г. ВОЗ определила здоровье как *«состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или неспособности»*. Таким образом, утвердилась точка зрения, стремившаяся учесть разнообразные интересы пациентов в процессе лечения. Медицина переходит к более сложной и современной точке зрения, предполагающей, что хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие есть отражение удовлетворения его потребностей и его адаптации в физической, психологической и социальной сферах.

На настоящий момент в медицине существует более 60 инструментов, измеряющих различные аспекты качества жизни. Часть из них представляет собой обобщенные меры качества жизни, предназначенные для оценки жизненного благополучия в целом и общего состояния здоровья всего населения или отдельных его возрастных групп, например Sickness Impact Profile (SIP; Bergner, Bobbit, Carter, & Gilson, 1981) или SF-36 (Ware, 1993). Другие связаны непосредственно с болезнью – специфические меры качества жизни для отдельных диагностических групп пациентов, например Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS; Meenan, Gertman, & Mason, 1980) для пациентов, страдающих артритом, или Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) для депрессивных больных. Третья группа – частные меры качества жизни, оценивающие влияние болезни и лечения на отдельные сферы жизни человека, например Disability Assessment Scale в ISD-10 (Опросник качества жизни (Версия ВОЗ, 1998). В онкологии используются следующие опросники оценки качества жизни: EORTC QLQ-30 (version 3,0) – Quality of Life Questionnaire-Core 30 of Eu-

ropean Organisation for Research and Treatment Cancer Европейская организация исследования и изучения рака (Бельгия); FAST-G – Functional Assessment of cancer Therapy (функциональная оценка противоопухолевой терапии) RSOL – Роттердамская шкала оценки качества жизни, CARES-SF – система оценки после проведения реабилитационных мероприятий.

Однако используемая нами шкала качества жизни по И. А. Гундарову («Роза качества жизни», 1995) представляется наиболее информативной, весьма простой и удобной в обращении.

С целью изучения уровня тревоги у женщин с раком молочной железы нами применялась «Шкала тревоги Гамильтона» – личностный опросник, направленный на выявление конституциональной и ситуационной тревожности. Содержит 14 групп симптомов, касающихся психических, соматических и нейровегетативных аспектов тревоги.

Современное понимание патогенеза нарушений психической адаптации предполагает использование методов психологической диагностики скрытых эмоциональных нарушений, межличностных конфликтов, индивидуальных механизмов переработки стресса и механизмов психологической защиты (Вассерман Л. И., 1998). По мнению многих авторов (Савенко Ю. С., 1972; Урса-но Р. и др., 1992; Фрейд А., Хорни К., 1993; Блюм Г., 1996), набор защитных механизмов уникален и характеризует уровень адаптированности личности. Защитные механизмы действуют в подсознании, искажают, отрицают или фальсифицируют действительность, активизируются в ситуации фрустрации, стресса, конфликта или психотравмы. Цель психологической защиты направлена на снижение эмоционального напряжения, редукцию тревоги и обеспечение эмоционального напряжения, регуляцию направленности поведения (Березин Ф. Б., 1988).

Понятие «психологическая защита» приобрело существенное значение в психиатрии, психологии и психотерапии. Впервые термин «защита» был использован Фрейдом в работе «Защитные невропсихозы» (1894). В работе «Вытеснение, симптомы и тревога» Фрейд писал: *«мы вводим его для общего обозначения всех приёмов, которые «Я» использует в конфликте и которые могут привести к неврозу»*. В ранних сочинениях Фрейда, среди которых важнейшее место занимает «Толкование сновидений» (1900), термины «защита» и «вытеснение» ещё повсеместно употребляются как синонимы. Правда, «защита» использу-

ется обычно в более общем значении. Термин «защитный механизм» впервые появляется в классической работе Анны Фрейд «Я и защитные механизмы» (1936), где описано десять форм активности или методов деятельности «Я», выполняющих защитную функцию: вытеснение, регрессия, реактивное образование, изоляция, аннулирование, проекция, интроекция, обращение против себя, инверсия в противоположное, сублимация. В отдельные периоды жизни и в соответствии со своей конкретной структурой индивидуальное Я выбирает то один, то другой способ защиты и может использовать его как в своём конфликте с инстинктами, так и в защите от высвобождения аффекта.

Защита (защитный механизм) – общий термин, обозначающий активную борьбу «Я» против опасности – как правило, угрозы утраты объекта любви, любви со стороны объекта, кастрации и осуждения со стороны «Сверх-Я» и сопутствующих неприятных аффектов – в ходе развития и на протяжении дальнейшей жизни. Вытесненные желания, идеи или чувства, соединяясь с реальной либо воображаемой угрозой наказания, стремятся прорваться в область сознания. Болезненные чувства тревоги, депрессии, стыда или вины становятся сигнальными аффектами, понуждающими отказаться от желания или влечения. Защита действует бессознательно, и индивид не распознаёт механизмы, заставляющие его отказаться от опасных влечений и желаний. Действия защитных механизмов способны разрушать и искажать различные аспекты реальности.

Таким образом, психологические защиты – бессознательные, приобретённые в процессе развития личности способы достижения «Я» компромисса между противодействующими силами «Оно» или «Сверх-Я», а также внешней действительностью. Механизмы психологических защит направлены на уменьшение тревоги, вызванной интрапсихическим конфликтом, и представляют собой специфические бессознательные процессы, с помощью которых «Я» пытается сохранить интегративность и адаптивность личности. Эта концепция в рамках психоанализа подвергалась определённым изменениям. Согласно взглядам современного психоаналитика Бреннера (Brenner С., 1982), психологическая защита является определённым аспектом мышления, отражающим взаимосвязи между «Я» и «Оно» в зависимости от особенностей конфликтной ситуации (различное размещение её на оси «удовольствие – неудовольствие»). «Я» может применять защитные механизмы как защиту при давлении вле-

чений и для удовлетворения. В защитных целях «Я» использует любую установку, восприятие, отвлечение внимания, смещение на побудители иного поведения и вообще «*всё, что есть под рукой*» (Урсано Р., 1992).

Диагностика механизмов психологической защиты (МПЗ) может осуществляться на основе моделирования различных ситуаций на вербальном уровне с помощью специализированного и стандартизованного опросника «Индекс жизненного стиля» (Plutchic R., Kellerman H., 1979; Клубова Е. Б., 1994). Методика представлена 97 вопросами, измеряющими 8 видов МПЗ: отрицание, вытеснение, замещение, компенсацию, реактивные образования, проекцию, интеллектуализацию, регрессию. Полученные результаты, выраженные в сырых баллах (сумма положительных ответов по шкале), сравнивались с нормативными данными авторов методики и апробации. Методика позволила выделить преобладающие защитные механизмы у пациентов с различными формами нарушений поведения, оценить степень напряженности каждого механизма и в целом определить общую защиту (сумма всех положительных ответов). Увеличение данного показателя свидетельствовало о дезадаптации.

Защитные механизмы подразделяются на *примитивные*, или незрелые (расщепление, проекция, идеализация, идентификация), и более *зрелые* (рационализация, интеллектуализация, сублимация и др.). Ниже рассмотрим более подробно основные защитные механизмы.

Отрицание – механизм психологической защиты, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо отрицает какой-либо внутренний импульс или самое себя. Как механизм психологической защиты реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности.

Вытеснение – психологическая защита против внутренних, инстинктивных требований и побуждений, т. е. это механизм защиты, посредством которого не приемлемые для личности импульсы – желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными. Вытесненные (подавленные) импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты.

Регрессия – механизм психологической защиты, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится

ся избежать тревоги путем перехода на более ранние развития либидо. При этой защитной форме реакции личность, подвергаясь действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях, что обедняет общий арсенал преобладания конфликтных ситуаций.

Компенсация – механизм психологической защиты, который нередко объединяют с «идентификацией», он проявляется в попытках найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. Часто это происходит в ситуациях необходимости избежать конфликта с этой личностью и повышения чувства самодостаточности. При этом заимствованные ценности, установки или мысли принимаются без анализа и нереструктурирования, и поэтому не становятся частью самой личности.

Проекция – в основе этого механизма лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, приписываются другим людям и таким образом фактом сознания становятся как бы вторичными. Негативный, социально малоодобряемый оттенок испытываемых чувств и свойств нередко приписывается окружающим, чтобы оправдать собственную агрессивность и недоброжелательность, которая проявляется как бы в защитных целях.

Замещение – распространенная форма психологической защиты, которая часто обозначается понятием «смещение». Действие этого защитного механизма проявляется в разряде подавленных эмоций, которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызывали отрицательные эмоции и чувства. Ряд исследователей трактует значение этого защитного механизма более широко, включая не только замену объекта действия, но и его источника, и самого действия, подразумевая под этим различные варианты замещающей деятельности.

Интеллектуализация – этот защитный механизм часто обозначают понятием «рационализация». Личность пресекает переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией при помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств противоположного.

Отличие интеллектуализации от рационализации, по мнению Ф. Е. Василюка (1984), в том, что она представляет собой «*уход из мира импульсов и аффектов в мир слов и абстракций*». При рационализации личность создает логические (псевдоразумные), но благовидные обоснования своего или чужого поведения, действий или переживаний, вызванных причинами, которые она (личность) не может признавать из-за угрозы потери самоуважения. При этом способе защиты нередко наблюдаются очевидные попытки снизить ценность недоступного для личности опыта.

Реактивные образования – этот вид психологической защиты нередко отождествляют с гиперкомпенсацией. Личность преотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличения развития противоположных стремлений. Происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность.

В свете психологии отношений МПЗ понимаются как система неосознаваемых реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений – когнитивного, эмоционального, поведенческого с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на больного (Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1997).

Анализ клинической картины выявил широкую распространённость психических расстройств в исследуемой выборке пациентов. В результате обследования пациенток с раком молочной железы, обратившихся в отделение общей онкологии клиник ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, определены уровни психического здоровья, условно обозначенные нами как донозологические расстройства, пограничные нервно-психические расстройства.

Таблица 5

**Структура психической патологии женщин
с раком молочной железы**

Класс	Психическая патология	абс.	%
F4	Кратковременная депрессивная реакция (F43.20)	6	5,9
	Смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22)	60	58,8
	Донозологические расстройства	36	35,3
F6	Расстройство личности	20	19,6

Большинство обследованных составили лица с невротическими расстройствами (64,7 % – 66 чел.) далее следовала группа пациентов с донозологическими расстройствами (35,3 % – 36 чел.) (табл. 5).

Пациенты с пограничными нервно-психическими расстройствами на момент обследования предъявляли жалобы на чувство неуверенности, постоянную тревогу, страх умереть, недовольство своим здоровьем, сужение круга интересов, нежелание устанавливать социальные взаимоотношения. Также отмечались астенические проявления, вспышки агрессии, обидчивость, перепады настроения. Частыми были нарушения семейных и сексуальных отношений.

Перечисленные симптомы встречались в различных сочетаниях, но в каждом конкретном случае на первый план выходили тревожные, ипохондрические, аффективные или астенические расстройства. Расстройства были достаточно выражены, что позволяло установить диагноз в соответствии с МКБ-10. При этом в группе лиц, имеющих психическую патологию, в 19,6 % (20 чел.) случаев отмечались коморбидные психические расстройства. Когда невротические или донозологические расстройства сочетались с расстройством личности. В группе пациентов, имеющих донозологические расстройства, встречались все вышеперечисленные симптомы, но они не достигали степени выраженности, достаточной для постановки диагноза. Состояние в ряде случаев характеризовалось как ПАС или ПДАС. Часто отмечались реакции по типу моносимптома. Пациентки предъявляли жалобы на постоянное чувство усталости, разбитость, трудности засыпания, периоды сниженного настроения, вспышки тосливо-злобного настроения, трудности сосредоточения внимания, чувство тревоги, беспокойство, приступы жара, потливости или одышки, сопровождавшиеся тревогой.

Таким образом, клинико-психопатологическое исследование психического здоровья 102 пациенток с раком молочной железы выявило наличие пограничных нервно-психических расстройств у 66 человек (64,7 %), преневротические состояния (ПАС и ПДАС) у 36 человек (35,3 %) и расстройство личности у 20 человек (19,6 %). Статистически достоверно выше число пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами ($p < 0,05$).

Анализируя базисные карты обследованных женщин с раком молочной железы, можно выделить множество факторов, влияющих на психическое состояние этих пациенток. Прежде

всего, даже направление пациентки на консультацию к онкологу – это «удар» и страх, а сообщение врачом диагноза «рак» – это чрезвычайно сильный эмоциональный стресс. Тяжелая болезнь нарушает привычные контакты человека с окружающим миром, снижает возможности трудовой деятельности или вообще делает невозможным её продолжение, лишает человека реальных прежних перспектив и вызывает необходимость перестройки всей личностной ориентации. Всё это подвергает серьёзным испытаниям систему адаптированной психической деятельности, наносит удар по барьеру психической адаптации заболевшего человека (Александровский Ю. А., 1976).

В центре психических реакций больного находится страх перед неизлечимостью и смертью, рискованным оперативным вмешательством, химиотерапией, лучевой терапией, что способствует формированию у пациента нервно-психического расстройства. Но не только это играет роль в возникновении психических расстройств у женщин с раком молочной железы. Ещё ряд факторов накладывает свои отпечатки.

Обращает на себя внимание тот факт, что отягощённая наследственность онкологическими заболеваниями, особенно по женской линии (в 23,53 % – онкозаболевание у матери, 12,75 % – родственники I линии родства, 26,75 % – родственники II линии родства), как бы подготавливает женщину к возможному возникновению у неё онкопатологии. В связи с чем многие женщины предполагали, что и у них будет рано или поздно обнаружен онкологический процесс. Но здесь же следует отметить и то, что настрой и ожидания женщин ухудшались при неблагоприятном исходе онкопатологии у родственников. Если же родственникам удавалось справиться с раком, то и женщина была более уверена в своих силах в борьбе с онкологическим заболеванием.

Наряду с онкологически отягощённым анамнезом прослеживается неблагоприятная роль алкогольной зависимости в семьях женщин с раком молочной железы (в 2,94 % – алкогольной зависимостью страдала мать, в 6,86 % – отец, по 3,92 % – родственники I и II линии родства). Роль наследственности по психическим заболеваниям у женщин с раком молочной железы не существенна (со стороны отца – 1,95 %, родственников I линии родства – 3,92 %).

Каких-либо особенностей со стороны физического развития в детском возрасте женщин с раком молочной железы не выявлено, только в 0,98 % случаев отмечено отставание в психическом

развитии. У 14,71 % женщин с раком молочной железы в детском возрасте были страхи, в 5,88 % – заикание, в 1,96 % – тики, что свидетельствует о наличии детской психотравмы в возрасте от 1 до 3 лет. Учитывая, что женщины помнят и рассказывают о них, можно сделать вывод о том, что они не были нивелированы и «разрушены» тёплым родительским отношением к девочке.

Анализируя психологические травмы в детском возрасте женщин с раком молочной железы, мы установили такую последовательность: на первом месте – это развод родителей (6,86 %), на втором – смерть отцов (4,9 %), болезнь родителей – (3,93 %). Здесь же прослеживается высокая роль «матери» и женщины вообще, где она дополнительно выполняет и отцовскую функцию, с завышенными требованиями к девочке. Мать при воспитании девочки также пытается компенсировать свои личные жизненные неудачи. Следует отметить, что обследуемые женщины с раком молочной железы в 14,7 % случаев были единственными детьми в семье, в 50,0 % – одной из двоих детей, в 35,3 % – из многодетной семьи (3 ребёнка и более). В 21,6 % случаев женщины с раком молочной железы являются самыми старшими детьми в семье, в 51 % – самыми младшими, в 12,7 % – средними и 14,7 % – единственными. Что касается структуры родительской семьи женщин с раком молочной железы, то здесь на первый план выходит так называемая «формальная» семья (формальные мать, отец, дети) – 84,32 %; в 4,9 % – это расщеплённый брак.

Отношения женщин с раком молочной железы с сибсами складываются следующим образом: в 76,47 % – партнёрские отношения, в 4,9 % – ранговые проблемы, в 1,96 % – формальные, отчуждённые. Прослеживаются черты полярности социальных установок, где партнёрским отношениям отводится ведущая роль. Оценивая отношение родителей в детстве к женщине с раком молочной железы, чётко определяются высокий уровень «гипоопеки» (25,49 %) и авторитарно-ограничивающий тип воспитания (5,88) при 51,96 % адекватного отношения по оценке обследуемых. В то время как гиперопека (16,67 %) прослеживалась в основном у женщин, которые были единственным ребёнком в семье.

Отношения с одноклассниками женщин с раком молочной железы складывались без особенностей у 67,65 %, уравновешенные – у 14,7 %, подчиняемые – у 0,98 %. Но высокий уровень стремления к лидерству (15,69 %) и дистанцирующее поведение

(0,98 %) указывают на психологическую характеристику «неженственности», принятие мужской роли в социуме.

Школьная успеваемость женщин с раком молочной железы в основном оценивалась как «средняя» (73,53 %) и «высокая» (21,57 %) при 4,9 % «низкой». Это может свидетельствовать о высокой требовательности родителей (авторитарно-ограничивающий тип воспитания) к девочке, а также о «мужской» социальной стратегии самой девочки. К внешнему облику в подростковом образе женщины с раком молочной железы в большинстве случаев относились «спокойно» (57,84 %), что опять же свидетельствует в пользу «неженственности», хотя 42,16 % женщин относились к этому «болезненно».

Обращает на себя внимание тот факт, что женщины с раком молочной железы ещё до 18 лет стали жить самостоятельно, покинув родительскую семью в 65,69 % случаев. в основном за счёт девочек из многодетных семей. Данный факт объясняется высокими требованиями к старшей дочери, её ускоренным развитием социальной роли матери и ранним выходом в социум с формированием самостоятельной жизни, так как забота о младших детях в родительской семье – это большая ответственность.

Что касается семейного положения женщин с раком молочной железы, прослеживается следующее: большинство (63,73 %) из них замужем, 21,57 % вдовы, разведенных 8,82 %, разведённых, но проживающих вместе с бывшим мужем 2,94 %, никогда не бывших замужем 2,94 %. Из числа замужних в первом браке состоят 82,35 %, во втором – 12,75 % и в третьем – 1,96 %. Оценивая состав семьи женщин с раком молочной железы, обращает на себя внимание достаточно высокий уровень женщин, проживающих одни – 17,65 %, только с детьми – 15,69 %, только с супругом – 21,57 %, с супругом и детьми – 40,2 % и с супругом, детьми и другими родственниками – 4,9 %. Сохраняется формальная структура собственной семьи женщины с раком молочной железы, также как и её родительской семьи, без внешних конфликтов с фасадом психического и социального благополучия.

Неудовлетворённые отношения с супругом были отмечены у 36,27 % женщин с раком молочной железы. Плохие отношения между супругами прежде всего обусловлены бытовыми и материальными трудностями – 56,75 %, отсутствием взаимопонимания – 37,85 % и недоброжелательным отношением супруга – 5,4%. У 30,4 % женщин возникающие конфликты носят эпизодический характер, у 5,9 % – оценены как возникающие часто. Ви-

новником конфликтов в большинстве случаев являются оба члена семьи (обследуемая и её муж) – 48,6 %, супруг – в 29,8 %, обследуемая – в 21,6 % случаев.

Существует внутренний сексуальный конфликт у женщин с РМЖ, о котором открыто говорят 38,24 % обследуемых. В отношении сексуальной дисгармонии женщины не рассуждают, отвечают лаконично на данный вопрос и только на 2—3-й встрече при высоком уровне доверия к врачу-психиатру. Этот вопрос с врачами-онкологами не обсуждается вообще, хотя радикальное хирургическое лечение РМЖ непосредственно затрагивает сексуальную сферу женщины.

У 45,2 % женщин с раком молочной железы двое детей, у 32,35 % – один ребёнок, у 12,74 % – трое детей и более и у 9,8 % женщин с раком молочной железы детей нет. У 93,5 % женщин складываются удовлетворительные отношения с детьми, у 6,5 % – неудовлетворительные. В 32,6 % случаев дети живут вместе с матерью, в 67,4 % – отдельно, что в свою очередь, свидетельствует о наличии гармоничной семьи, где с определённого возраста предполагается отдельное проживание детей от родителей. У женщин с раком молочной железы имеет место неправильная формулировка своего отношения к детям. Они с трудностью «отпускают» своего ребёнка («перерезают пуповину», «продолжают кормить собственной грудью»). Преобладающий процент женщин с раком молочной железы (64,0 %) оценивают свою реакцию на разлуку с детьми как «смирение», что предполагает наличие конфликта до разлуки с ребёнком, возмущение от его ухода. В 25,0 % случаев женщины «одобряли» уход ребёнка из семьи. Если дети удачно создавали собственную семью, удачно устраивались на работу или учились в вузе. 4,7 % женщин «безразлично» отнеслись к факту разлуки с детьми, 6,3 % – испытывали чувство «обиды».

44,15 % женщин с раком молочной железы имеют высшее образование, среднее специальное – 33,34 %, среднее – 15,69 %, 9 классов – 4,9 % и малограмотные (до 3 классов) – 1,96 %. 100 женщин (82,0 %) с высшим и средним образованием решение по направлению обучения приняли самостоятельно, что свидетельствует об их активной и зрелой позиции. В 14,0 % случаев родители принимали участие в выборе специальности, а в 4,0 % – даже настаивали на конкретном обучении. Прежде всего, это наблюдалось у женщин с раком молочной железы, которые были единственным ребёнком в семье.

В большинстве случаев (52,6 %) рабочий стаж женщин с раком молочной железы составлял 10—30 лет, в 41,2 % – более 30 лет и в 6,2 % случаев – от 5 до 10 лет. Профессиональные вредности на рабочем месте были у 17,5 % ранее или сейчас работающих женщин, у 82,5 % – профессиональной вредности не выявлено. В 84,5 % случаев полученное образование соответствует месту работы, 86,6 % женщин с раком молочной железы удовлетворены работой. В то время как у 15,5 % место работы не соответствует образованию, 13,4 % не получают удовлетворения от работы. Подводя итоги профессиональной деятельности женщин с раком молочной железы, нужно отметить их высокую социальную активность и наличие успешного карьерного роста, что, в свою очередь, ставит их на сильную мужскую позицию. 66,7 % женщин с раком молочной железы считают, что не сумели себя полностью реализовать, хотя 33,3 % женщин придерживаются противоположного мнения.

Из органической патологии головного мозга в 7,3 % случаев были ЧМТ лёгкой и средней степени тяжести, по 1,96 % – менингиты, менингоэнцефалиты, детские инфекции с общемозговой симптоматикой; отравление угарным газом – в 0,98 % случаев, что свидетельствует в пользу органической патологии головного мозга. Глистные инфекции отмечены у 5,88 % женщин с раком молочной железы, лечение гормональными и ядовитыми лекарственными средствами – у 3,92 %. Операции под общей анестезией перенесли 35,3 %, под местной анестезией – 9,8 %. В 0,98 % зарегистрирован гепатит В.

Из заболеваний внутренних органов наиболее встречаются болезни ЖКТ: холецистит – 21,57 %, хронический гастрит – 19,6 %, ЖКБ – 3,92 %. Обращает на себя внимание нарушение со стороны иммунной системы, проявляющееся аллергиями – 16,67 %, ревматизмом – 15,4 %. Эндокринные нарушения: тиреотоксикоз – 2,94 %, сахарный диабет – 3,92 %. Патология мочевыделительной системы: мочекаменная болезнь – 2,94 %, пиелонефрит – 1,96 %, заболевания ЛОР-органов – 4,9 %. У 45,1 % женщин патологии внутренних органов не выявлено.

Из круга психосоматических расстройств наиболее встречаемые: эссенциальная гипертензия – 30,4 %, ишемическая болезнь сердца – 8,83 %, язвенная болезнь желудка и ДПК – 8,83 %, неспецифический язвенный колит – 1,94 %. У 57,84 % женщин с РМЖ психосоматической патологии не выявлено.

Патологии со стороны нервной системы у 97,06 % женщин с раком молочной железы не выявлено. У 0,98 % – церебральный атеросклероз, у 1,98 – клещевой энцефалит. Менструальная функция сохранена у 49,02 % женщин с раком молочной железы. у 50,98 % – она отсутствует. Из особенностей менструальной функции превалируют болезненные менструации (33,33 %) и обильные (18,63 %). Нерегулярные и скудные выявляются реже, соответственно в 9,8 и 0,98 % случаев.

У 36,27 % женщин с раком молочной железы предменструальный синдром отчётливо выражен, у 60,79 % – нет, что объясняется более сглаженной гормональной перестройкой в организме и что опять же уклоняет обследуемую от «женственности», проявляющейся выраженными изменениями в организме на фоне активных гормональных изменений во время менструального цикла. Клинические выраженные климактерические проявления наблюдались у 39,21 % женщин с раком молочной железы.

Изменения в молочной железе в большинстве случаев женщины обнаружили 6 месяцев назад в 60,79 %, в 20,59 % – меньше месяца назад, до 1 года – в 15,68 %. И в крайне редких случаях 1—3 года – 1,96 % и 3—5 лет – 0,98 %. При обнаружении образования в молочной железе 64,7 % женщин начали предпринимать активные действия и подготавливаться к любому возможному повороту событий, т. е. приняли активную, мужскую тактику, не позволяя в полной мере проявить свои чувства и ощущения. И только 4,9 % женщин отреагировали пассивностью со слезливостью, чисто «женским» способом. 28,44 % женщин оттягивали до последнего момента обращение к врачу и 1,96 % выражали недоверие врачам, изыскивая нетрадиционные методы лечения.

Большинство женщин (50,98 %) при обнаружении опухолевого образования в молочной железе сразу обратились к онкологу (маммологу), 25,50 % – через месяц. 19,6 % женщин проконсультировались у специалиста через 6 месяцев, а 3,92 % – через год. Анализируя последние показатели, мы пришли к выводу, что современная организация маммологической службы охватывает в основном городское население, в то время как жительницы сел отдалённых районов мало информированы об этом. И прежде чем попасть на приём к маммологу они обращались к ряду других специалистов, упуская тем самым время. В 78,42 % случаев женщины самостоятельно обращались к врачу, 10,78 % женщин – по настоянию родственников, в 4,9 % – это обращение вынуж-

денное из-за нарастания признаков болезни. В 5,9 % случаев опухоль была обнаружена случайно при профилактическом осмотре.

Структура социального статуса женщин с раком молочной железы складывается следующим образом: большинство из них (30,38 %) – бюджетные служащие, 29,42 % – пенсионеры, 13,73 % – промышленные работники, 10,78 % – инвалиды по онкологическому заболеванию, 8,83 % – предприниматели, 4,9 % – безработные и 1,96 % – студентки.

Женщины с раком молочной железы в силу своей опять же «мужской» позиции отреагировали на диагноз «рак» в 68,63 % случаев как на серьёзную проблему, требующую пересмотра определённых жизненных ценностей, в 4,9 % – как не только на проблему, но и определённый рубеж, который даёт возможность изменить отношение к жизни. У 2,94 % женщин с постановкой диагноза произошло крушение всех планов на будущее. 23,53 % женщин восприняли диагноз как катастрофу всей жизни, с бурным эмоциональным проявлением, слезами.

У 32,35 % женщин после обнаружения злокачественного новообразования в молочной железе отношения с окружающими не изменились. Тогда как 36,28 % стали избегать общения, «закрылись» в себе, проявляя сильную позицию и не показывая своих слабостей. 15,69 % женщин отмечали, что стали больше понимать людей, 14,7 % стали более доброжелательны. Это интерпретируется как компенсаторный механизм, при котором происходит активация женственности. В 0,98 % случаев женщины стали злиться на окружающих. Из всех обследованных женщин с раком молочной железы 56,86 % считают себя онкологически больными, а 43,14 % больными себя вообще не считали, так как было проведено хирургическое лечение основного заболевания (опухоль удалена – значит, и заболевания нет).

На вопрос о том, что могло спровоцировать заболевание большинство женщин (41,18 %) ответили «обстановка в семье», 14,7 % – «конфликты на работе». 19,6 % женщин полагают, что травмы груди могли спровоцировать данное заболевание. 9,8 % причиной считают фоновую патологию в молочной железе, в 8,83 % – гормональные нарушения, 4,9 % – возраст, 3,92 % – «слабость» иммунной системы. В 22,55 % случаев женщины не могли ответить на этот вопрос. Обращает на себя внимание приращение малого значения женщиной роли наследственности в возникновении онкозаболевания (3,92 %) и вредным факторам

(физические, химические) – 0,98 %, хотя 73,53 % обследованных женщин имеют наследственную отягощённость по онкологическому заболеванию и 16,7 % женщин сталкивались в своей жизни с профессиональными вредностями.

Интересно складывается картина отношения женщины с раком молочной железы к будущему: 32,34 % женщин стараются не думать о нём, по 30,4 % женщин либо оценивают трезво, либо оптимистически, 6,86 % – пессимистически настроены на будущее. В семьях женщин с раком молочной железы 77,45 % членов семьи ожидают её выздоровления, 16,7 % адекватно относятся к её заболеванию, не фиксируясь на диагнозе, в 2,95 % случаев тяжелое заболевание объединило семью, у 2,95 % женщин семья отрицает наличие у неё онкопатологии.

У 56,86 % женщин ранее фоновой патологии в молочной железе не было выявлено, у 36,28 % устанавливался диагноз фиброзно-кистозной мастопатии, по 3,92 % – маститы и травмы молочной железы.

Предоперационное лечение получали 54,89 % женщин с раком молочной железы, из них 85,72 % прошли химиотерапию, 1,78 % – лучевую терапию, 12,5 % – химиотерапию и лучевую терапию. Проведено оперативное вмешательство у 73,5 % женщин с раком молочной железы. Остальные женщины (26,5 %) находились на предоперационном лечении. По объёму оперативного вмешательства 86,7 % женщин проведена мастэктомия по Мадден, резекция молочной железы – 13,3 % из всего числа прооперированных женщин с раком молочной железы.

Оценивая ведущий психопатологический синдром (по Е. Ф. Бажину, А. В. Гнездилову) у женщин с раком молочной железы, были получены следующие результаты: в 45,1 % – тревожно-депрессивный, в 22,54 % – тревожно-ипохондрический, в 16,7 % – дисфорический, в 7,85 % – деперсонализационно-дереализационный, 6,86 % – астеноипохондрический, 0,98 % – апатический. Среди женщин с раком молочной железы были выделены основные группы по преморбидным чертам (по Е. Ф. Бажину, А. В. Гнездилову): «синтонные» – 42,16 %, «истероиды» – 21,57 %, «тревожно-мнительные» – 13,73 %, «циклоиды» – 10,79 %, «шизоиды» – 7,85 %, «возбудимые» – 3,92 %. Дозологическое расстройство было выявлено у 35,3 % женщин с раком молочной железы, где в 20,6 % случаев встречалось астеническое расстройство с преобладанием психической утомляемости и в 14,7 % – дистимический вариант. В 58,8 % наблюдений

это была смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22), в 5,9 % – кратковременная депрессивная реакция (F43.20). В 19,6 % случаев было диагностировано расстройство личности: 13,72 % – истерическое, 3,92 % – тревожное, 1,96 % – эпилептоидное.

Современная жизнь диктует создание новых подходов к оценке состояния здоровья человека, включающей понятие «качества жизни» как один из критериев, основанных на интеграции соматической и психиатрической медицины (Гарганеева Н. П., 2000). При определении качества жизни значительную роль играли индивидуальные личностные особенности человека, включая актуальное состояние, субъективные переживания, самооценку, характерологические свойства, ценностные ориентации, установки, механизмы психологической защиты, мотивационные характеристики (Стоянова И. Я., 1999). В качестве инструмента исследования качества жизни была выбрана «Роза качества жизни» (Гундаров И. А., 1994), являющаяся графическим отображением критериев качества жизни.

Анализ качества жизни определялся по критериям включающим следующие дефиниции: положение в обществе, работа, душевный покой, семья, дети, здоровье, условия в районе проживания, жилищные условия, материальный достаток, питание, сексуальная жизнь, духовные потребности, общение с друзьями, развлечения, отдых.

Анализ данных показал следующую оценку качества жизни пациенток (рис. 4). Средний балл уровня качества жизни достигал значения $39 \pm 0,08$ (99 человек), максимальный – 54 балла (2 чел.) и минимальный – 22 (1 чел.). Необходимо отметить, что минимальную оценку получили такие критерии, как здоровье ($1,7 \pm 0,07$), душевный покой ($2,15 \pm 0,07$), секс ($2,22 \pm 0,10$), развлечения ($2,29 \pm 0,09$), материальное положение ($2,3 \pm 0,08$), отдых ($2,49 \pm 0,09$), духовные потребности ($2,52 \pm 0,08$). Далее в порядке возрастания следовали условия в районе проживания ($2,71 \pm 0,07$), семья ($2,82 \pm 0,09$), работа ($2,84 \pm 0,09$), положение в обществе ($2,88 \pm 0,07$), дети ($2,98 \pm 0,09$), жилищные условия ($2,9 \pm 0,09$), общение с друзьями ($2,98 \pm 0,07$), питание ($3,15 \pm 0,07$).

Анализируя полученные результаты, необходимо отметить, что минимальные оценки получили такие критерии, как здоровье, душевный покой и сексуальная жизнь. Наибольшая неудовлетворённость отмечена по показателю здоровья.

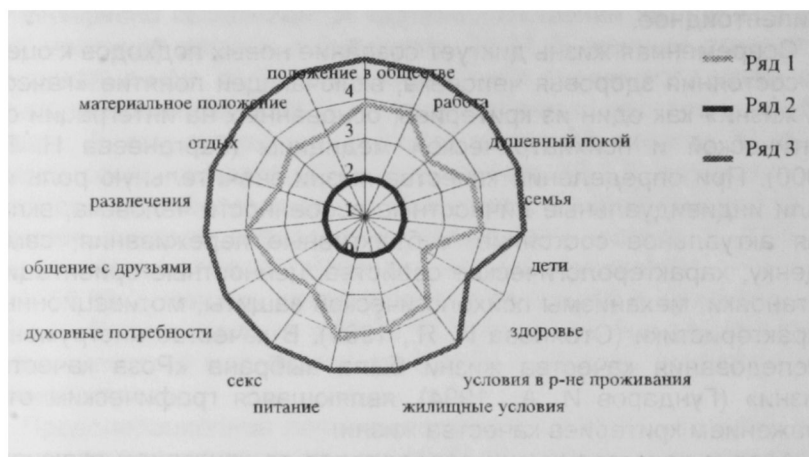


Рис. 4. Качество жизни у женщин с раком молочной железы.

Примечание Ряд 1 – средние показатели, Ряд 2 – минимальные значения и Ряд 3 – максимальные значения уровня качества жизни у всей выборки женщин с раком молочной железы.

Причём максимальное значение критерия здоровья (Ряд 3) ни у одной из обследованных женщин с раком молочной железы не достигало максимума (т. е. «4» по заданной шкале), что вполне объяснимо наличием у данных пациенток ракового заболевания молочной железы и их осведомлённостью об этом диагнозе. Наличие чувства тревоги у женщин с раком молочной железы ведёт к низкой оценке душевного покоя. Удаление груди – органа женственности, привлекательности ведёт к потере сексуальности. Здесь же хотелось бы отметить, что некоторые женщины мало задумываются о соматических последствиях ракового заболевания, а преимущественно заботятся о косметическом дефекте после операции. Отсюда низкая оценка по показателю секса. Следует отметить, что прослеживается снижение показателей по всем параметрам, т. е. обнаружена «минимизация уровня жизни», определяемая лишь витальными потребностями (Куприянова И. Е., Семке В. Я., 2004).

С целью изучения уровня тревоги у женщин с раком молочной железы нами применялась «Шкала тревоги Гамильтона» – личностный опросник, направленный на выявление конституциональной и ситуационной тревожности. Данный опросник содержит 14 групп симптомов, касающихся психических, соматических и нейровегетативных аспектов тревоги.

Таблица 6

Результаты тестирования по шкале тревоги Гамильтона

Уровень тревоги	Ср.	m
Психический компонент	8.03	0.40
Соматический компонент	5.96	0.37
Нейровегетативный компонент	2.07	0.14
Суммарный уровень	16.06	0.79

Использование шкалы тревоги Гамильтона показало, что только у 15 человек (14,71 %) тревога не достигла клинического уровня (т. е. суммарный балл по опроснику составил менее 8), у 37 человек (36,27 %) выявлен лёгкий уровень тревоги (8—16 баллов), у 34 человек (33,33 %) был зарегистрирован умеренный уровень (17—24 балла) и 16 человек (15,69 %) показали уровень тревоги более 24 баллов. Хотя нужно отметить, что были пациентки с суммарным баллом 0, что объяснялось нами как проявление психопатологических реакций ввиду напряжённого психического состояния. Помимо того, были и женщины, у которых уровень тревоги превышал 30 баллов, что обсуждалось с лечащим врачом и корригировалось анксиолитиками.

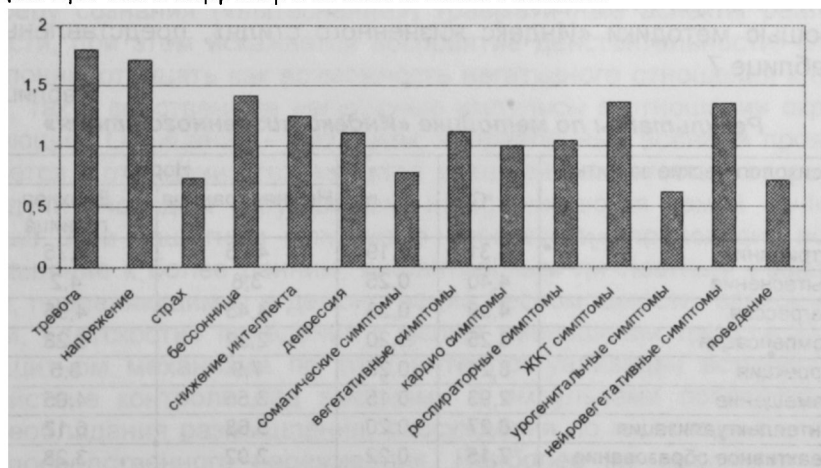


Рис. 5. Уровень тревоги у женщин с раком молочной железы.

Основными показателями, за счёт чего вырастал уровень тревоги были следующие: тревожное настроение, озабоченность, ожидание наихудшего, раздражительность ($1,80 \pm 0,09$); напряжение, склонность к слезам, истощаемость, беспокойство, неспособность расслабиться ($1,71 \pm 0,10$); бессонница, трудности засыпания, отсутствие ощущения отдыха от сна ($1,41 \pm 0,09$); нейровегетативные симптомы, сухость во рту, склонность к потливости, головные боли, напряжение в теле ($1,35 \pm 0,09$) (рис. 5). Таким образом, у пациенток с раком молочной железы обнаруживается достаточно высокий уровень личностной тревоги, который преимущественно имеет психический и нейровегетативный характер.

С целью изучения структуры психологических защит нами использовался опросник «Индекс жизненного стиля» (R. Plutchik, N. Kellerman, H. Conte). Этот опросник, адаптированный в Институте им. В. М. Бехтерева, позволяет оценить частоту использования индивидом в повседневной жизни того или иного защитного механизма и выявить свойственную ему структуру защитного реагирования. Примеры утверждений опросника: «Я ни к кому не испытываю предубеждения» (отрицание); «Я не боюсь старости, потому что это случается с каждым» (интеллектуализация); «Порнография – это ужасно» (реактивное образование). Методика «Индекс жизненного стиля» позволяет оценить структуру психологических защит по 8 шкалам: отрицание, вытеснение, замещение, компенсацию, реактивные образования, проекцию, интеллектуализацию, регрессию. Результаты, полученные с помощью методики «Индекс жизненного стиля», представлены в таблице 7.

Таблица 7
Результаты по методике «Индекс жизненного стиля»

Психологические защиты	Ср.	m	Норма	
			Нижняя граница	Верхняя граница
Отрицание	6,31	0,19	4,25	4,75
Вытеснение	4,40	0,25	3,8	4,2
Регрессия	4,99	0,23	4,45	4,95
Компенсация	3,25	0,20	2,92	3,28
Проекция	8,21	0,25	7,9	8,5
Замещение	2,93	0,15	3,55	4,05
Интеллектуализация	6,27	0,20	5,68	6,12
Реактивное образование	7,15	0,22	2,92	3,28

Результаты опросника достоверно показали отклонение от нормативных данных по шкалам «отрицание», «вытеснение», «регрессия», «интеллектуализация» и «реактивное образование». Более наглядно это представлено на рис. 6.

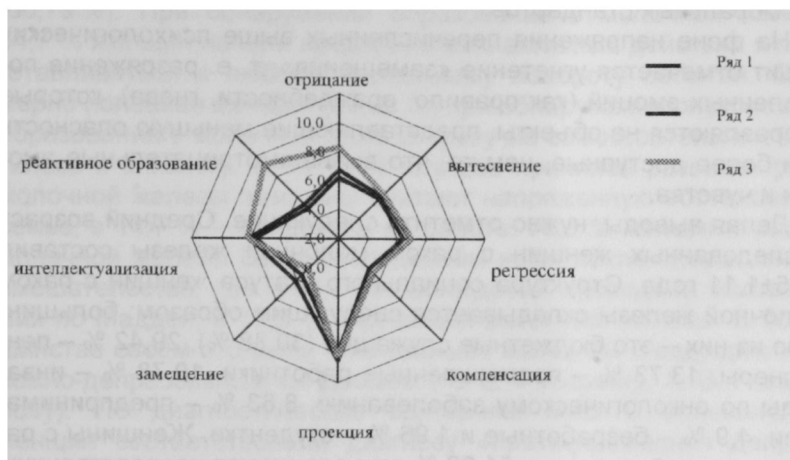


Рис. 6. «Индекс жизненного стиля» у женщин с раком молочной железы.

Такой результат обследования показывает, что женщины с раком молочной железы часто отрицают или не допускают в сферу сознания («вытеснение») травматичные аспекты реальности, при этом искажается восприятие действительности. Они склонны отрицать как возможность негативного отношения к себе, так и собственные негативные импульсы в отношении окружающих. Отрицание – механизм, направленный вовне, и проявляется в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидны окружающим, не принимаются самой личностью. При защитном механизме «регрессии» происходит возвращение к более ранним, инфантильным личностным реакциям, проявляющимся в демонстрации беспомощности, зависимости, «детскости» поведения с целью уменьшения тревоги. При защитном механизме по типу интеллектуализации вступает в действие контроль над эмоциями и импульсами посредством преобладания размышления, рассуждения по их поводу вместо непосредственного переживания. Наиболее же выражена напряжённость МПЗ «реактивное образование», подтверждающая

то, что личность предотвращает выражение не приемлемых для неё мыслей или чувств (особенно сексуальных и агрессивных) путём преувеличенного развития противоположных стремлений и форм поведения, т. е. такие личности стараются быть мягкими и добрыми по отношению к окружающим, придерживаются высоких моральных стандартов.

На фоне напряжения перечисленных выше психологических защит отмечается угнетение «замещения», т. е. разряжение подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства.

Делая выводы, нужно отметить следующее. Средний возраст обследованных женщин с раком молочной железы составил 51.5 ± 1.11 года. Структура социального статуса женщин с раком молочной железы складывается следующим образом: большинство из них – это бюджетные служащие (30,38 %), 29,42 % – пенсионеры, 13,73 % – промышленные работники, 10,78 % – инвалиды по онкологическому заболеванию, 8,83 % – предприниматели, 4,9 % – безработные и 1,96 % – студентки. Женщины с раком молочной железы в 51,96 % случаев имеют наследственную отягощённость по онкозаболеванию. Детство этих женщин прошло в структуре «формальной» семьи (84,32 %). В школе они, как правило, учились «средне». Родительскую семью в 65,69 % случаев женщины оставили до 18 лет. 44,15 % женщин имеют высшее образование, в 84,5 % случаев полученное образование соответствует месту работы. 86,6 % женщин удовлетворены работой. У 17,5 % исследуемых женщин характер производственной деятельности связан с профессиональными вредностями. 63,73 % женщин замужем, но у 36,27 % из них отмечены неудовлетворительные отношения с супругом. 45,2 % женщин имеют двое детей, в 67,4 % случаев дети уже живут отдельно. 64,0 % матерей отреагировали на «уход детей» в самостоятельную жизнь «смирением», что предполагает наличие конфликта до разлуки с ребёнком, возмущение в связи с его уходом. Они с трудом «отпускают» своего ребёнка («перерезают пуповину», «продолжают кормить собственной грудью»). Из заболеваний внутренних органов наиболее часто встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта: холецистит – 21,57 %, хронический гастрит – 19,6 %, ЖКБ – 3,92 %. Обращает на себя внимание нарушение со стороны иммунной системы, проявляющееся аллер-

гиями – 16,67 %, ревматизмом – 15,4 %. Из круга психосоматических расстройств наиболее встречаемыми оказались эссенциальная гипертония – 30,4 %, ИБС – 8,83 %, язвенная болезнь желудка и ДПК – 8,83 %. Изменения в молочной железе в большинстве случаев женщины обнаружили 6 месяцев назад (60,79 %). При обнаружении образования в молочной железе 64,7 % женщин начали предпринимать активные действия и подготавливаться к любому возможному повороту событий. Примерно половина женщин (50,98 %) при обнаружении опухолевого образования в молочной железе сразу же самостоятельно обратилась к онкологу. В 41,18 % случаев причиной развития рака молочной железы женщины считают напряженную обстановку в семье, в 14,7 % – конфликты на работе. 73,5 % женщин с раком молочной железы были обследованы нами после оперативного вмешательства, где в 86,7 % наблюдений проведена мастэктомия по Мадден, в 13,3 % – резекция молочной железы. В большинстве своём это были «синтонные» женщины с ведущим тревожно-депрессивным синдромом (по Е. Ф. Бажину, А. В. Гнездилову). По диагностическим критериям МКБ-10 большинство женщин соответствовали диагнозу «Кратковременная депрессивная реакция» (F43.20).

Подводя итоги экспериментально-психологического исследования, необходимо отметить, что ПНПР значительно снижали уровень качества жизни. Минимальные оценки качества жизни получили такие критерии, как здоровье, душевный покой и сексуальная жизнь. У пациенток с раком молочной железы обнаруживается достаточно высокий уровень личностной тревоги (16,06 балла), который преимущественно имеет психический и нейровегетативный характер. По результатам методики «Индекс жизненного стиля» были выявлены достоверные отклонения от нормативных данных по 6 шкалам из имеющихся 8.

КЛИНИКА НЕРВНО ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Формирование нервно-психических расстройств у онкологических больных на этапах специального и паллиативного лечения относится к числу неблагоприятных факторов, усложняющих процесс диагностики, терапии и негативно влияющих на проявление и исход опухолевого процесса (Семке В. Я., 1999; Гнездилов А. В., 2003, 2004; Evans D., 1986, 1988, 1997; Ciaramella A., Poli P., 2001 и др.).

Развитие клинической онкологии привело к улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения больных злокачественными опухолями и продлению их жизни. Однако многие проблемы реабилитации, влияющие на уровень качества жизни онкологических больных, ещё ждут своего решения. Так, не вызывает сомнений необходимость использования психофармакотерапии и психотерапии с целью купирования нервно-психических расстройств у больных злокачественными новообразованиями. Онкологические больные, получившие соответствующее своевременное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение, характеризуются лучшей и более быстрой психосоциальной адаптацией к своему заболеванию и новым условиям жизни (Evans D., McCartney C., 1998).

В связи с ростом заболеваемости и распространенности злокачественных новообразований, отмеченным в России и других странах мира, увеличивается количество пациентов, нуждающихся в психотерапевтической помощи на стадии угасания жизнедеятельности. Разработка современных методов паллиативной медицинской помощи и реабилитации этого тяжелого контингента больных является актуальной медико-социальной задачей.

П. Б. Зотов (2007) изучил суицидальное поведение у больных с распространенным раком. При первичном обращении в центр паллиативной помощи депрессивные нарушения с различным сочетанием тревожных, астенических, ипохондрических и апатических проявлений регистрировались у всех лиц с суицидальным поведением. В структуре психических расстройств среди всех обследуемых больных преобладал тревожно-депрессивный синдром (47,2 %). Обычно больные жаловались на внутреннюю напряженность, тревогу, чувство беспомощности, неспособность овладеть ситуацией, предчувствие беды. Усиле-

ние этих симптомов отмечалось в вечернее время, что сопровождалось нарушением засыпания, частыми пробуждениями в течение ночи. Нередко у больных выявлялись разноплановые страхи (перед усилением болей, «с которыми невозможно будет справиться», страх смерти и др.). В некоторых случаях, обычно при первичном установлении диагноза распространенного опухолевого процесса, больные сообщали о канцерофобических идеях с суицидальными мыслями. Такие пациенты даже во время госпитализации, с одной стороны, не желали слышать ничего о своем диагнозе, а с другой – заявляли, что если у них выявят рак, то они «покончат с собой». У 5 таких больных наблюдалась ажитированная депрессия с психомоторным возбуждением и приступами отчаяния.

Клинически более выраженная тревога наблюдалась у пациентов с болевым синдромом умеренной и сильной интенсивности, проявлениями дыхательной недостаточности. Плохо контролируемые боль и одышка нередко служили основой проявлений раздражительности, чувства неудовлетворенности собой и окружающими, но эти нарушения не выступали на первый план. Активно жалобы на нарушение настроения предъявляли немногие больные. Лишь при расспросе некоторые из них указывали на снижение способности радоваться и получать удовольствие, идеи вины за невнимание к своему здоровью, прошлые ошибки, тягостные воспоминания. В рамках тревожно-депрессивного синдрома нередко присутствовали навязчивые расстройства, которые носили полиморфный характер и были сконцентрированы преимущественно на ключевых переживаниях, затрагивали когнитивную и образную сферы, отражали мысли больных о причинах заболевания, представления о смерти и добровольном уходе из жизни. Ритуальные действия отмечались в единичных случаях.

Астенодепрессивный синдром у больных с суицидальным поведением регистрировался достоверно реже (34,9 %, $p < 0,05$), чем в группе сравнения (45,9 %). В клинической картине астенодепрессивного синдрома преобладали различной выраженности постоянная слабость, повышенная физическая утомляемость, соматическая гиперестезия, как правило обусловленная хроническими болями, эмоциональная лабильность с преобладанием пониженного аффекта, слезливость. Аффективные расстройства обычно были на втором плане, усиливались после ухудшения состояния или плохо контролируемых болей и протекали на фоне пониженного настроения с чувством тревоги, внутреннего дис-

комфорта, снижения жизненного тонуса, отсутствия радости жизни.

Депрессивно-ипохондрический синдром встречался значительно реже (3,2 %). Клиника его была представлена депрессивными и ипохондрическими нарушениями, но ипохондрические проявления выступали на первый план в жалобах больных и нередко определяли их поведение. Среди этих проявлений обычно встречалась фиксированность на вопросах собственного здоровья, интерпретация имеющихся болезненных нарушений, переноса на себя болезненных признаков, наблюдаемых у окружающих, что можно было объяснить тяжестью соматического состояния и реально прогнозируемым неблагоприятным конечным исходом заболевания, а также длительностью лечения и изменением под действием этих психотравмирующих факторов личности пациентов. Показательным является факт, что 79,6 % больных основной группы и 72,9 % пациентов группы сравнения обнаруживали тенденцию к самолечению и созданию мероприятий, направленных на выздоровление или предотвращение дальнейшего прогрессирования опухоли. Такие лица переходили на употребление слабых спиртных напитков или вообще отказывались от алкоголя, сокращали число выкуриваемых сигарет, бросали курить, проводили коррекцию рациона питания, использовали гомеопатию, уринотерапию и другие нетрадиционные методы. Эти проявления, вероятно, отражают общую тенденцию защитных реакций больных при раке, так как полученные нами данные согласуются с результатами других исследований (Gray R., 1997; Damkier A., 1998).

С. С. Одарченко, И. Ю. Ярилова, Н. О. Полежаева (2005) наблюдали пациентов в возрасте 60—75 лет с выявленным неопластическим процессом в терминальной стадии, которые знали о фатальном диагнозе и реально представляли как перспективы развития заболевания, так и прогноз в отношении жизни. Наблюдаемая динамика соответствовала классическим представлениям Э. Кюблер-Росс (1969), в которых раскрывается психологическая картина переживания пациентом собственного ухода из жизни – т. н. персональная смерть. Она претерпевает ряд стадий, проходящих на весьма типичной и характерной *«траектории освоения смерти»*: недоверие, сопротивление, страх, безразличие, желание, успокоение.

Первая стадия – стадия отрицания и неприятия трагического факта. Она характеризовалась ростом тревоги и напряжения,

страхом перед будущим. Большая часть пациентов (10 человек) считала установленный диагноз ошибочным, при этом происходила психологическая подмена диагноза на заболевание, не влекущее за собой роковых последствий. Остальные 6 человек, узнав о смертельном недуге, становились равнодушными, обреченными, бездеятельными. В сновидениях этих пациентов присутствовала символика, указывающая на смертельный недуг (образ темного тоннеля с дверью в конце, ночные кошмары с видениями умерших родственников).

Вторая фаза отражала стадию протеста и возмущения («Почему именно я?»). Больные часто обращались к врачу с вопросом о времени, которое ему осталось прожить. Возникают признаки реактивной депрессии, суицидальные мысли и действия. На этом этапе основной акцент делался на социальной и психологической помощи со стороны ближайшего окружения пациентов, членов семьи.

Для *третьей стадии* была свойственна просьба об отсрочке: «не сейчас», «ещё немного»; ранее неверующие пациенты начинали обращаться со своими мыслями и просьбами к Богу. Мы наблюдали активный поиск «чудесных» средств исцеления, обращение в деструктивные культы и целителям. На эти первые три фазы болезни и увядания приходился основной акцент душевного кризиса.

Четвертая стадия квалифицирована нами реактивная депрессия, которая сочеталась с чувством вины и обиды, жалости и горя, больные скорбели о своих дурных поступках, о причиненном другим огорчениях и зле. Однако пациенты были уже готовы принять смерть, поведенческие реакции практически полностью купировались, для эмоционального фона было характерно нарастающее чувство покоя, умиротворения, погруженности в себя. К лечебным процедурам пациенты относились пассивно, принимая их как необходимость, от которой уже ничего не зависело.

Пятая стадия означала принятие собственной смерти: с принятием мысли о близкой смерти больные теряли интерес к окружающему, были внутренне сосредоточены и поглощены своими мыслями, готовились к неизбежному. Часто (13 пациентов) наблюдались расстройства восприятия с необычным содержанием (рай, вечный град, «небеса», необыкновенные пейзажи и животные и т. д.). Галлюцинаторные переживания, как правило, были яркими, образными. Представленная динамика

демонстрирует необходимость подключения активной психологической, психотерапевтической и духовной помощи данному контингенту с целью повышения качества жизни в терминальной стадии неопластической патологии и обеспечения достойного ухода.

В исследованиях Н. П. Кокориной, Е. П. Комковой (2003), проводимых в хосписе городской клинической больницы № 4 г. Кемерово, участвовало 102 пациента с онкологическим процессом в терминальной стадии, которым проводилась паллиативная терапия. Критериями отбора больных для лечения было формирование у них различного уровня выраженности нервно-психических расстройств вне зависимости от диагноза онкологического заболевания.

Наблюдение и лечение инкурабельных больных (25 мужчин – 24,5 % и 77 женщин – 75,5 %) осуществлялось в условиях хосписного отделения. Пациентам с различными онкологическими заболеваниями (рак молочной железы, рак тела и шейки матки, рак яичников, предстательной железы, мочевого пузыря, почек, легкого, лимфогранулематоз и др.) проводилась паллиативная терапия. Средний возраст больных составил $53,7 \pm 0,25$ года: от 21 до 30 лет – 5 наблюдений (4,9 %), от 31 до 40 – 12 (11,8 %), от 41 до 50 – 23 (22,5 %), от 51 до 60 – 25 (24,5 %), свыше 60 лет – 37 наблюдений (36,3 %).

Впервые диагноз онкологического заболевания был установлен в течение года 32 больным (31,4 %), 1—3 лет – 43 (42,1 %), 3—5 лет – 12 (11,8 %), 5—10 лет – 12 (11,8 %), свыше 10 лет назад – 3 больным (2,9 %). Ранее получали специальное лечение 59 человек (57,8 %). В 43 случаях (42,2 %) был объективно подтвержден диагноз онкологического заболевания уже в инкурабельной стадии, когда возможна только паллиативная терапия.

Таким образом, среди больных было значительно больше лиц мужского пола ($p < 0,001$) и преобладали больные в возрасте свыше 50 лет ($p < 0,001$). Давность установления диагноза злокачественного новообразования у большинства больных на этапе паллиативного лечения составила от 1 до 3 лет (42,1 %).

Исследование психического состояния онкологических больных на этапе паллиативного лечения позволило выделить 5 синдромов: депрессивный – 36 наблюдений (35,3 %), депрессивно-ипохондрический – 32 (31,4 %), тревожно-депрессивный – 17 (16,7 %), дисфорический – 10 (9,8 %), апатический – 7 (6,8 %), которые согласно МКБ-10 квалифицировались как расстройства

адаптации и психические расстройства вследствие повреждения, дисфункции головного мозга и физической болезни, что соответствовало рубрикам F43.21, F43.22, F43.23, F06.36, F06.4, F06.6, F06.8. В структуре выявленных синдромов основное место занимали выраженные проявления астенизации организма, нарастающие с увеличением длительности заболевания. Проявления астении были крайне многообразны, но всегда обнаруживались утомляемость, гиперестезия и соматовегетативные расстройства.

Депрессивный синдром (35,3 %). Клиническая картина данного синдрома во многом совпадала с клиникой депрессивного синдрома у онкологических больных на этапе специального лечения. У пациентов выявлялись гипотимия, сниженная самооценка, идеи самообвинения и самоуничужения (причинённые страдания членам семьи, снижение активности и трудоспособности), ангедония, ассоциативная и двигательная заторможенность, соматовегетативные дисфункции. Часто наблюдались нарушение ритма сна, снижение аппетита, сухость кожных покровов. В структуре депрессии можно было проследить некоторые анестетические компоненты. Отличительной клинической чертой депрессивного синдрома у больных на этапе паллиативного лечения являлось преобладание выраженных астенических проявлений, которые несколько «сглаживали» депрессивную симптоматику. Реактивная тревожность составляла $38,68 \pm 0,46$; личностная тревожность – $50,06 \pm 0,52$; уровень тревоги – $9,95 \pm 0,27$; уровень депрессии – $11,7 \pm 0,46$ (по шкале HADS).

Депрессивно-ипохондрический синдром (31,4 %). Сниженный фон настроения сочетался с многообразными телесными сенсациями, тревожными опасениями за своё здоровье и соматовегетативными расстройствами. В психическом состоянии больных, прежде всего, обращала внимание фиксация на негативных телесных ощущениях. Больные постоянно думали о них, обсуждали, «ожидали» их появления. В беседе с медицинским персоналом, родными пытались дать рациональное объяснение и найти возможные способы лечения беспокоящих проявлений, с трудом «переключались» на другие темы. Клиническая структура синдрома включала пессимистическое восприятие реальных соматических симптомов и гипертрофированную оценку их последствий. Доминировали представления об опасности любого телесного ощущения, так как сразу проводилась ассоциация с ухудшением соматического состояния, проявлением опухолево-

го заболевания, его неблагоприятными исходом, развивающимся метастазами, неперспективностью лечения.

Из соматовегетативных расстройств наблюдались нарушения сна (особенно его непрерывности) и аппетита. Показатели тревожности имели следующие значения: реактивная тревожность – $39,96 \pm 0,47$; личностная тревожность – $52,7 \pm 0,54$; уровень тревоги – $11,3 \pm 0,45$; уровень депрессии – $12,1 \pm 0,49$ (по шкале HADS).

Тревожно-депрессивный синдром (16,7 %) был характерен для больных с впервые выявленным распространённым опухолевым процессом и в случае резкого ухудшения соматического состояния. В клинической картине синдрома, также как и у больных на этапе специального лечения, были характерны проявления тревоги и депрессии. На передний план в психическом состоянии инкурабельных пациентов выходили симптомы тревоги, сопровождающиеся выраженными соматовегетативными расстройствами (внутреннее напряжение, беспокойство, нарушения сна, аппетита, колебания артериального давления). Проявления депрессивной заторможенности отсутствовали, суточные колебания аффекта отличались слабой выраженностью. Больные были угнетены, подавлены, во время беседы с трудом сдерживали слёзы, упрекали себя в развитии заболевания. Больные, которым диагноз злокачественного новообразования был поставлен впервые, не верили в правильность установления диагноза, считали это ошибкой, обвиняли врачей в необоснованном отказе в проведении специального противоопухолевого лечения.

Особенностью тревожно-депрессивного синдрома у пациентов хосписа являлось то, что в содержание их переживаний обязательно включались негативные телесные сенсации (боль, кашель, одышка, повышение температуры тела и т. д.), которые, усиливая фиксацию внимания на болезни, ещё более отягощали психическое состояние пациентов. Показатели тревоги и депрессии: реактивная тревожность – $51,12 \pm 0,36$; личностная тревожность – $49,08 \pm 0,34$; уровень тревоги – $17,17 \pm 0,26$; уровень депрессии – $10,25 \pm 0,38$ (по шкале HADS).

Дисфорический синдром (9,8 %). На первый план в психическом статусе больных выходил дисфорический оттенок настроения, «отодвигая» гипотимию, тревогу, ангедонию и анегию. Пациенты характеризовались сниженным, мрачным, угрюмым настроением, брюзжанием, ожесточённостью, сварливостью, претензиями к окружающим и демонстративным поведением. Показатели тревоги и депрессии: реактивная тревожность

– $39,14 \pm 0,84$; личностная тревожность – $52,34 \pm 0,91$; уровень тревоги – $11,43 \pm 0,67$; уровень депрессии – $10,93 \pm 0,63$ (по шкале HADS).

Апатический синдром (6,8 %) В его клинической картине доминировал дефицит побуждений с падением жизненного тонуса. Больные отличались обеднением мимики, монотонностью речи, замедлением движений, временами достигающих уровня выраженной акинезии, безучастностью ко всему окружающему, собственному положению, отрешённостью от прежних желаний, отсутствием заинтересованности в результатах проводимого симптоматического лечения. Обнаруживались не всегда чётко определяемые субъективные ощущения внутреннего дискомфорта, безысходности, беспокойства, сочетающиеся с вялостью и слабостью. Пациенты с апатическим синдромом не принимали участие в определении тревожности по Ч. Д. Спилбергеру в модификации Ю. Л. Ханина (1978) и уровня тревоги и депрессии (шкала HADS) в силу тяжести их физического состояния.

Таким образом, у больных на этапе паллиативного лечения преобладала депрессивная и депрессивно-ипохондрическая симптоматика, отмечались меньшие значения реактивной тревожности и более высокая личностная тревожность. Средняя РТ до лечения – $40,3 \pm 0,4$; средняя ЛТ – $51,97 \pm 0,38$. Зависимости структуры синдромов от возраста выявлено не было ($p > 0,05$). Для всех больных хосписа был характерен высокий уровень депрессии, несколько более выраженный у пациентов с депрессивным и депрессивно-ипохондрическим синдромами. Средний уровень тревоги до лечения составил $13,12 \pm 0,21$; средний уровень депрессии – $11,48 \pm 0,29$ (по шкале HADS).

Исследователями разработана и внедрена реабилитационная программа для онкологических больных на этапе паллиативного лечения. Цель этой программы – проведение в основном медикаментозных мероприятий, направленных на снижение выраженности психопатологической симптоматики, болевого синдрома, расстройств питания, нарушения обменных процессов, интоксикации. Из психофармакологических препаратов в большинстве случаев предпочтение отдавалось amitriptiline (до 50 мг в сутки) в связи с его соматорегулирующими эффектами (потенцирование анальгетического действия, улучшение сна, аппетита, снижение тяжести телесных ощущений, обусловленных ростом опухоли и наличием метастазов). Для коррекции аффективных расстройств также назначались антидепрессанты

сбалансированного действия (коаксил до 25 мг). Широкое применение получил препарат гелариум (по 900 мкг 3 раза в сутки в течение месяца). Прием транквилизаторов (ксанакс, алпразолам до 1 мг в сутки, сибазон (диазепам, реланиум) 0,5 % – 2,0 на ночь) быстро купировал тревогу и беспокойство, улучшал сон. Перечисленные препараты потенцировали действие обезболивающих средств. При нарушениях сна применялись снотворные средства (нитразепам, радедорм до 1 мг; имован по 7,5 мг; ивадал по 10 мг; феназепам до 1 мг). При выраженных дисфорических проявлениях были показаны корректоры поведения (сонапакс 10—30 мг, неулептил до 10 мг в сутки). Для смягчения астенических симптомов пациентам рекомендовался энерион (400 мг в сутки). В медикаментозной терапии активно использовались седативные препараты: ново-пассит, настои и настойки пустырника, валерианы, седативные сборы, назначались адаптогены (радиола розовая, женьшень, элеутерококк по 5—10 капель 2 раза в день) и поливитамины с минеральными комплексами (компливит, витрум, центрум, дуовит, триовит).

Главной задачей психотерапии на этапе паллиативного лечения было формирование установки на «жизнь в настоящем» для активизации психических функций пациентов. Психотерапевтическое воздействие также направлялось на формирование позитивных ожиданий от результатов симптоматического лечения, заинтересованности пациента в участии в лечебном процессе. В связи с тяжестью состояния инкурабельных больных предпочтение отдавалось индивидуальной работе с пациентом в условиях палаты. Реже проводилась групповая психотерапия в пределах палаты, в ходе которой обсуждались волнующие пациентов проблемы, проводились адаптированные релаксационные техники, аутотренинг, обучение больных доступным методикам самовоздействия. Время проведения психотерапии сокращалось из-за быстрого нарастания симптомов астении. В процессе лечения проводилось семейное консультирование, что помогало больному переоценить отношения с близкими и друзьями, решить проблемы взаимоотношений в семье, оказывало необходимое опосредованное воздействие на пациентов через родных и близких.

Анализ изменения психического состояния инкурабельных онкологических больных на этапе паллиативной терапии после проведения лечебно-реабилитационных программ показал, что у больных с депрессивным синдромом улучшение проявлялось в некоторой оптимизации настроения, улучшении сна, заинтере-

сованности в проводимой терапии и незначительном увеличении активности больных (пациенты садились на кровати, передвигались по палате или отделению, начинали общаться с соседями по палате). Прослеживалась зависимость снижения уровня депрессии от купирования болевого синдрома и относительного соматического благополучия пациентов. РТ снизилась на 1,7 % (с $38,68 \pm 0,46$ до $38,04 \pm 0,45$), ЛТ – на 1,1 % (с $50,06 \pm 0,52$ до $49,52 \pm 0,51$). Уровень тревоги по госпитальной шкале HADS уменьшился на 6,2 % (с $9,95 \pm 0,27$ до $9,33 \pm 0,25$), уровень депрессии – на 4,9 % (с $11,7 \pm 0,46$ до $11,13 \pm 0,45$).

У больных с депрессивно-ипохондрическим синдромом наблюдались улучшение сна, аппетита, некоторая оптимизация настроения, повышалась заинтересованность в результатах проводимого лечения. Но все еще сохранялись астенические симптомы, тревожные опасения, постоянные сомнения и настойчивый анализ протекающих в организме процессов. РТ после лечения уменьшилась на 2,8 % (с $39,96 \pm 0,47$ до $38,86 \pm 0,46$), ЛТ – на 0,7 % (с $52,7 \pm 0,54$ до $52,32 \pm 0,53$). Согласно данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии, тревога стала меньше на 11,2 % (с $11,3 \pm 0,45$ до $10,04 \pm 0,37$), депрессия – на 10,2 % (с $12,1 \pm 0,49$ до $10,87 \pm 0,39$).

В группе больных с тревожно-депрессивным синдромом после лечения было характерно снижение выраженности проявлений тревоги, послабление депрессивных симптомов, что сопровождалось улучшением сна, аппетита, нормализацией артериального давления, формированием позитивных ожиданий от результата паллиативной терапии. У этих больных РТ снизилась на 10,7 % (с $51,12 \pm 0,36$ до $45,64 \pm 0,33$), ЛТ – на 1,6 % (с $49,08 \pm 0,34$ до $48,31 \pm 0,3$). В данной группе больных (по шкале HADS) наблюдалось максимальное снижение уровня тревоги – на 25,8 % (с $17,17 \pm 0,26$ до $12,74 \pm 0,39$), уровень депрессии уменьшился на 5,1 % (с $10,25 \pm 0,38$ до $9,73 \pm 0,26$).

Больные с дисфорическим синдромом после лечения становились более «терпимыми» к действиям медицинского персонала, соседей по палате. Их внимание переключалось на контроль над своими ощущениями, своевременным приёмом и действием лекарственных препаратов, качественным составом пищи. Родственники пациентов сообщали о некотором улучшении внутрисемейных взаимоотношений. РТ после лечения уменьшилась на 3,9 % (с $39,14 \pm 0,84$ до $37,63 \pm 0,81$), ЛТ – на 1,3 % (с $52,34 \pm 0,91$ до $51,67 \pm 0,89$). По данным госпитальной шкалы тревоги и депрес-

сии тревога стала меньше на 9,9 % (с $11,43 \pm 0,67$ до $10,3 \pm 0,61$), депрессия – на 6,3 % (с $10,93 \pm 0,63$ до $10,24 \pm 0,61$).

Для больных с апатическим синдромом было характерно незначительное улучшение, проявлявшееся в уменьшении выраженности болевого синдрома и улучшении сна, при этом физическое состояние пациентов оставалось крайне тяжёлым.

Таким образом, у больных на этапе паллиативного лечения по шкале HADS наблюдалось снижение выраженности тревоги на 23,1 % (с $13,12 \pm 0,21$ до $10,09 \pm 0,19$), депрессии – на 10,1 % (с $11,48 \pm 0,29$ до $10,32 \pm 0,34$). Прослеживалось снижение реактивной тревожности на 5,6 % – с $40,3 \pm 0,4$ до $38,05 \pm 0,41$ по Ч. Д. Спилбергеру в модификации Ю. Л. Ханина (1978). По данным методики Т. В. Дембо – С. Я. Рубинштейн (1970) у 43 больных (42,2 %) после лечения отмечалось незначительное повышение отметок по шкалам «здоровья» и «счастья».

Основным предназначением медицины является избавление человека от страданий. Этот постулат становится особенно актуальным в сфере паллиативной помощи, поскольку на этапе завершения жизни многие медицинские решения определяются личными ценностями и индивидуальными потребностями пациента. Согласно определению ВОЗ (2002), паллиативная помощь – это направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом incurable (уносящего жизнь) заболевания, предупреждение и облегчение их страданий путем раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других симптомов – физических, психологических и духовных. Паллиативная помощь охватывает период с момента постановки диагноза неизлечимого заболевания до конца периода тяжелой утраты; длительность этого времени может варьировать от нескольких лет до недель или (реже) дней. Она не является синонимом терминальной помощи, но включает в себя последнюю. Основные составляющие паллиативной помощи представлены на рис. 7.

Перспективы развития современной психоонкологии заключаются в разработке и создании психореабилитационных программ для онкобольных (Семке В. Я. и др., 2003), включающих развитие таких приоритетных направлений, как 1) психофармакотерапевтическая коррекция психоэмоциональных нарушений; 2) воздействие на боль и другие соматические симптомы; 3) личностно-ориентированная психотерапия, имеющая целью

поиск новых жизненных приоритетов, ценностей, установок, способствующих улучшению качества жизни пациентов; 4) психологическая поддержка семьи. В Сибирском регионе непосредственное внедрение данной программы в практику осуществлялось на основании обобщенного опыта путем создания «кустового психотерапевтического кабинета», предусматривающего комплексную работу и взаимодействие врача-психотерапевта, лечащего врача-онколога и других специалистов (Гузев А. Н., 1991).

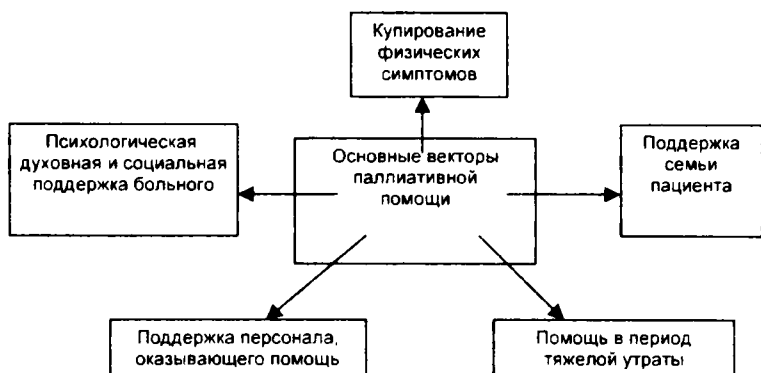


Рис. 7. Структурная модель составляющих паллиативной помощи.

В связи с неуклонным ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями, отмеченным в России и других странах мира, увеличивается количество больных распространенными формами рака. Разработка современных методов паллиативной медицинской помощи и реабилитационных мероприятий для этого тяжелого контингента больных является актуальной медико-социальной проблемой (Великолуг А. Н., 2000; Гнездилов А. В., 2002; Куприянова И. Е., Семке В. Я., 2004; Зотов П. Б., 2005; Комкова Е. П., 2006). Исследования последних лет, описывающие возможные пути оказания помощи человеку в конце жизни, подтверждают необходимость принятия во внимание полной клинической картины, включая ее биологический, психический и социальный аспекты. В пилотном исследовании шведских ученых Н. Wijk, А. Grimby (2007) выяснялись потребности пожилых онкологических пациентов в конце жизни по степени значимости. Половина опрошенных больных назвали устранение физической боли в качестве главной необходимости. Лишь в случае купирования или отсутствия боли возрастала важность

психологических, социальных и духовных потребностей. В этом отношении, по определению В. Я. Семке (2001), с точки зрения клинической персонологии – современной интегративной науки о человеке – благополучный завершающий этап жизни индивида характеризуется умудренностью опытом, чувством достоинства, теплотой и самообладанием.

Комплексный подход к нуждам пациента превращает паллиативную медицину в практическую философию, всесторонне изучающую потребности человека, заканчивающего свой жизненный путь. С учетом вышесказанного важнейшей задачей хосписной службы является *создание условий и возможностей проявления зрелости человека, его творческой, нравственной и духовной основ, составляющих главные принципы паллиативной медицины* и придающих завершенность и осмысленность всем предпринимаемым усилиям. Так, по мнению М. D. Sullivan (2003), определяющую роль играют сочетание внутриличностной гармонии, межличностных связей и удовлетворение духовных потребностей пациента, что дает возможность сохранить баланс между надеждой и отчаянием, т. е. категориям, выходящим за рамки исключительно медицинского круга. Об этом также свидетельствуют работы отечественных и зарубежных специалистов (Великолуг А. Н., 2000; Block S. D., 2006; Chochinov H. M., 2006), в которых речь идет о сохранении чувства достоинства, как о гуманистической категории, имеющей глубокое философское значение, так и наглядно воплощающей ценность человеческой жизни.

Большинство исследователей отмечают значимость проблемы духовных нужд больных. В работе Т. А. Balboni, L. C. Vanderwerker, S. D. Block et al. (2007) показана роль религии и духовности в совладании с инкурабельным состоянием. У 230 больных с последней стадией рака изучалась взаимосвязь между духовной поддержкой, качеством жизни и планированием дальнейшего лечения. Согласно результатам исследования, полученным авторами, значительная часть духовных потребностей пациентов с неизлечимым заболеванием не поддерживается ни религиозными сообществами (47,0 %), ни медицинской системой (72,0 %). Тогда как наличие духовной поддержки, по данным вышеупомянутых авторов, достоверно коррелирует с более высоким показателем качества жизни. Религиозность также более часто связана с желанием осуществления активных усилий по продлению жизни. Таким образом, забота о пациенте хосписа

должна осуществляться комплексно, включая четыре главных аспекта оказания помощи: *медицинский, психологический, социальный и духовный*.

Особого внимания заслуживают этические и деонтологические вопросы паллиативного ухода, исходя из которых болезнь, смерть и утрата определяются в качестве неизбежной части человеческого существования, становящейся индивидуальным опытом человека. При этом закономерными являются признание ограничения возможностей медицины и выбор лечебных мероприятий согласно принципу разумной целесообразности.

В данном фрагменте работы представлены предварительные результаты исследования, проведенного сотрудниками ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН и ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава по изучению распространенности аффективных расстройств у пациентов хосписа. Исследование было выполнено на базе МЛПМУ «Медсанчасть № 1» г. Томска (главный врач – Т. Н. Данченко), являющейся единственным специализированным стационаром в Томской области по оказанию паллиативной помощи. В задачи исследования входило изучение распространенности аффективных расстройств, а также возможности использования психодиагностических шкал для оценки степени выраженности депрессии и эффективности психофармакотерапии у больных с инкурабельными онкологическими заболеваниями, находящимися на лечении в хосписе.

Пациенты поступают в хосписное отделение по направлению участкового терапевта поликлиники, имея медицинское заключение онколога об отсутствии показаний для лечения в специализированном онкологическом стационаре. В исследовании приняли участие 49 больных (19 мужчин и 30 женщин) с онкологической патологией IV клинической группы. Средний возраст больных на момент обследования составил $73,17 \pm 7,13$ года. С целью проведения скрининга депрессивных расстройств использовались психодиагностические опросники Госпитальная шкала депрессии и тревоги (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) и Герiatricкая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale – GDS-15). Основными критериями включения больного в исследование были способность пациента понять текст опросников и желание на них ответить. Используемые шкалы являются чувствительными к выявлению расстройств депрессивного спектра у описанной категории больных (Trask P. C., 2004). Их заполнение не требует большого количества времени, что позволяет полу-

чить необходимую информацию, не допуская утомления пациентов. Опрос проводился специально обученной медсестрой. Отказов от участия в анкетировании зафиксировано не было. Все опрошенные предпочитали беседу с интервьюером самозаполнению опросника даже при физической возможности это сделать. Результаты оценочных шкал являлись основанием для проведения клинико-психопатологического исследования в соответствии с диагностическими критериями психических расстройств МКБ-10 и определения показаний для назначения антидепрессивной фармакотерапии в адекватных дозах и психотерапевтической коррекции.

В исследование включались пациенты с ранее установленным диагнозом онкологического заболевания, прошедшие обследование и лечение в специализированных онкологических и общесоматических лечебно-профилактических учреждениях. Важным аспектом характеристики групп обследованных являлось изучение социальной структуры, семейного положения, сети социальной поддержки пациента и других медико-социальных факторов, воздействующих на течение болезни.

Анализ результатов социально-демографических показателей данной когорты больных в зависимости от пола и возраста выявил достоверные различия по преобладанию пациентов мужского пола в возрастной группе 65—74 года в сравнении с аналогичной возрастной группой женщин (12 мужчин, составляющих 63,16 % от общего количества обследуемых, против 14 женщин, составляющих 46,67 %; $p < 0,05$), тогда как в более старшей возрастной группе 75—84 года наблюдалось обратное соотношение (13 женщин и 2 мужчин) с явным преобладанием женщин (43,33 против 10,53 %; $p < 0,05$).

Семейное положение в изучаемой группе определялось по шкале убывающих величин: состоящие в браке – 21 человек (42,86 %), из них 11 женщин (36,67 %) и 10 мужчин (52,63 %), вдовы – 19 человек (38,78 %), из них 13 женщин (43,33 %) и 6 мужчин (12,24 %). Подавляющее большинство пациентов (48 чел. – 97,96 %) называли в качестве своей социальной поддержки родственников разной степени родства.

Удельный вес лиц с высшим образованием составил 16,33 %, со среднеспециальным – 51,02 %. Начальное и среднее образование имели 32,65 % больных. Большая часть больных (79,6 %) были инвалидами I—III групп, из них 26 (53,06 %) пациентам установлена инвалидность II группы, 8 (16,33 %) – инвалидность I

группы. Пенсионерами по возрасту являлись 10 человек (20,41 %). Для объективной оценки соматического состояния анализировалась медицинская документация, выданная больным при выписке из стационарных профильных отделений, карты амбулаторного больного поликлиник. Проведен анализ структуры онкологической патологии в изучаемой группе (табл. 8).

Таблица 8

Структура онкологической патологии у больных, находящихся на лечении в хосписе

Злокачественные новообразования органа или системы	Мужчины		Женщины		Общая группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Бронхолегочная система	8	42,11	2	6,67	10	20,41
Система органов пищеварения	7	36,84	12	40,00	19	38,78
Мочевыделительная система	0	0,0	1	3,33	1	2,04
Женская репродуктивная система	0	0,0	10	33,33	10	20,41
Мужская репродуктивная система	2	10,53	0	0,0	2	4,08
Меланома	0	0,0	1	3,33	1	2,04
Сочетанная патология	2	10,53	4	13,33	6	12,24
Итого	19	100,0	30	100,0	49	100,0

Примечание $\chi^2=18,02126$, $df=6$, $p=0,00618$

По результатам исследования в количественном отношении преобладала онкопатология желудочно-кишечного тракта, которая составила 38,78 % от общего числа наблюдаемой выборки. В одинаковой пропорции представлены злокачественные новообразования бронхолегочной системы (20,41 %) и женской репродуктивной системы (20,41 %). Тем не менее в сравнительном аспекте рак легких и бронхов преимущественно встречался у мужчин (в 8 случаях из 10), что составило максимальное число наблюдаемых случаев (42,11 %) онкопатологии в проведенном исследовании. В 5 случаях (10,2 %) имело место сочетание злокачественного опухолевого процесса нескольких органов и систем. Выявленные соотношения имели статистически значимые различия по полу ($p=0,00960$).

Представленные результаты аналогичным образом согласуются с данными литературы, отражающими структуру заболеваемости злокачественными новообразованиями в некоторых регионах Российской Федерации (Куденцова Г. В., 2007), в регионе Сибири и Дальнего Востока (Чойнзонов Е. Л., Писарева Л. Ф., Чердынцева Н. В. и др., 2004). Наряду с основной онкологической патологией анализировалась структура сопутствующих соматических заболеваний в данной когорте больных. Ста-

статистически значимых гендерных различий выявлено не было ($p > 0,05$). В исследуемой группе больных наиболее часто (в 85,71 % случаев) диагностировались кардиоваскулярные и цереброваскулярные заболевания, развившиеся на фоне гипертонической болезни, коронарного и церебрального атеросклероза. Случаи верифицированных заболеваний были представлены гипертонической болезнью II—III стадии (85,71 %), хронической недостаточностью мозгового кровообращения различной степени выраженности (83,67 %), ишемической болезнью сердца (40,82 %). Кроме того, в качестве сопутствующей патологии диагностировались заболевания эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, периферической нервной системы и другие, из которых наиболее значимый удельный вес занимали сахарный диабет II типа (12,2 %), деформирующий артроз с нарушением функции суставов (24,29 %), заболевания органов пищеварения (хронический гастродуоденит, хронический холецистит, желчно-каменная болезнь, хронический панкреатит и другие (18,37 %). Все пациенты были дополнительно осмотрены специалистами соответствующего профиля: онкологом, терапевтом, неврологом.

По медико-социальной значимости сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, сахарный диабет входят в триаду болезней (атеросклероз, рак, сахарный диабет), занимающих ведущее место в структуре общей заболеваемости, инвалидизации и смертности населения. Заболевания сердечно-сосудистой и эндокринной систем у больных с коморбидной онкологической и аффективной патологией, находящихся на лечении в хосписе, отражены рис. 8.

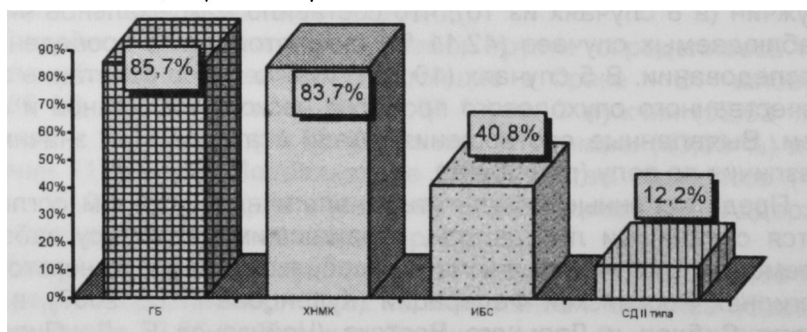


Рис. 8. Социально-значимые заболевания сердечно-сосудистой и эндокринной систем у больных с онкологической патологией и аффективными расстройствами.

Таким образом, основными характеристиками изучаемой группы больных являлись пожилой и старческий возрасты пациентов, онкологическое заболевание IV клинической группы (состояние, при котором отсутствуют показания к специальному лечению, но рекомендуются меры паллиативного и симптоматического характера), сочетанная сопутствующая кардиоваскулярная и цереброваскулярная патология.

Состояние физического здоровья является значимым фактором развития депрессии у пожилых, причем тяжесть и обширность соматической патологии способствуют формированию тяжелых форм депрессий (Семке В. Я., Одарченко С. С., 2005; Смулевич А. Б., 2006; Каро J., Morrison L. J., Liao S., 2007). Депрессивные расстройства у пациентов пожилого возраста, находящихся в условиях оказания паллиативной помощи, требуют тщательного дифференцирования с физиологическими состояниями печали и грусти, что делает особенно важной объективную клиническую оценку их психического состояния. Физиологическая печаль и грусть, характерные для инкурабельных больных, и расстройства депрессивного спектра могут быть представлены похожими симптомами. Распознавание этих состояний является сложной клинической задачей и основано на сравнении ряда признаков, таких как 1) самооценка личности; 2) перемена в состоянии с течением времени; 3) способность получать удовольствие; 4) сохранение чувства надежды; 5) положительный отклик на поддержку микросоциума; 6) наличие желания более скорой смерти (Periyakoil V. S., Hallenbeck J., 2002, Miller K. E., Adams S. M., Miller M. M., 2006).

По данным отечественных и зарубежных авторов (Иванов С. В. и др., 2007; Greer S., 1994; Bodurka-Bervers D. et al., 2000 и др.), частота депрессий у больных онкологическими заболеваниями достигает 15—25 % с примерно одинаковым распределением по полу. Результаты проведенного нами исследования позволяют говорить о высокой частоте аффективных расстройств у больных хосписа. Данные клинико-психопатологического обследования больных представлены на рис. 9.

Следует отметить, что среди 49 больных у 15 (30,61 %) пациентов на момент обследования не было выявлено нозологически очерченных психических расстройств депрессивного спектра. У 34 пациентов (69,39 %), в том числе у 13 (68,42 %) из 19 обследованных мужчин и у 21 (70,0 %) из 30 обследованных женщин были диагностированы депрессивные расстройства. В соответ-

ствии с критериями МКБ-10 выявленные депрессивные расстройства классифицировались по следующим нозологическим рубрикам: (F06.36) органическое аффективное (непсихотическое депрессивное) расстройство – 9 случаев (18,37 %); (F3) аффективные (депрессивные) расстройства: текущий депрессивный эпизод – 4 случая (8,16 %), рекуррентное депрессивное расстройство – 10 случаев (20,41 %), дистимия – 4 случая (8,16 %); (F4) невротические, связанные со стрессом: расстройство адаптации в виде депрессивной реакции – 7 случаев (14,29 %) от общего числа обследованных больных.

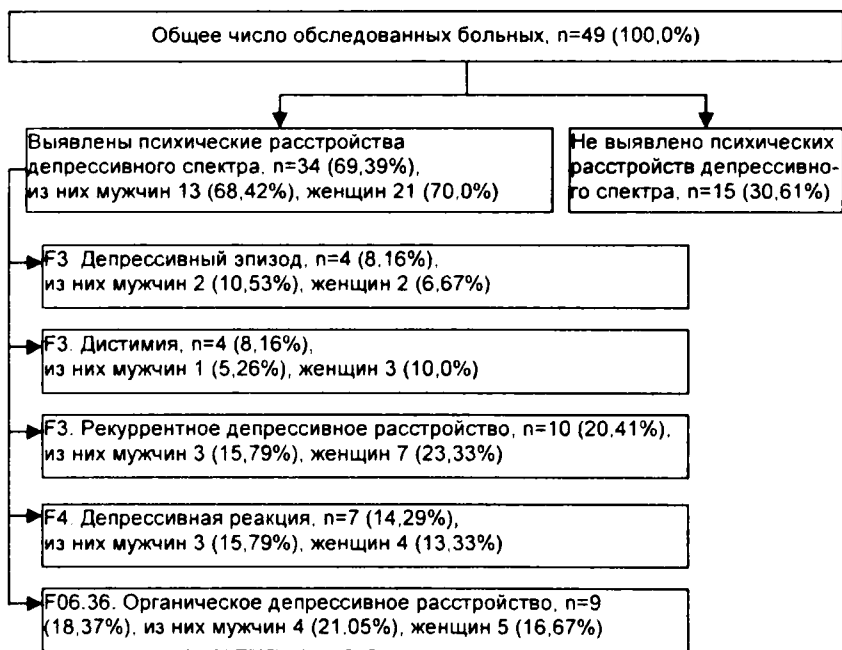


Рис. 9. Структура депрессивных расстройств у онкологических больных хосписа.

Полученные данные о частоте встречаемости депрессивных расстройств среди больных с неизлечимой онкопатологией значительно превышают аналогичные показатели у онкологических больных менее тяжелых клинических групп, которые считаются либо излеченными (вторая клиническая группа), либо находятся на различных этапах специализированного лечения (третья клиническая группа) в профильных онкологических отделениях. Это

согласуется с мнением ряда специалистов, занимающихся проблемами психонкологии (Смулевич А. Б., 2007; Shimozuma K. et al., 1999; Osborne R. H. et al., 2003), что риск развития депрессии возрастает пропорционально продолжительности онкологического заболевания, степени дезадаптации, выраженности болевого синдрома и других симптомов рака.

В клинической структуре аффективных расстройств было выделено пять ведущих психопатологических синдромов, отражающих актуальное психическое состояние пациентов: депрессивный, тревожно-депрессивный, субдепрессивный, дисфорический, апатический. Значимых различий между синдромами и полом пациентов не обнаружено ($p=0.61750$).

Депрессивный синдром наблюдался у 40,82 % больных и характеризовался «классическими» симптомами в виде гипотимии, адинамии и ангедонии, а также сниженной или утраченной способностью отвлекаться от подавленного настроения, испытывать интерес к происходящему и окружающим людям. Пациенты этой группы признавали наличие у них депрессии, соглашались с необходимостью назначения антидепрессивной терапии.

Субдепрессивный (22,45 %) и тревожно-депрессивный (22,45 %) синдромы, встречаясь практически в равной степени, представляли собой клинические разновидности ведущего (депрессивного) синдрома с характерными различиями. В первом случае признаки депрессии имели стертые, неявные проявления в виде колебаний фона настроения, преобладания эмоций грусти, печали, часто экзистенциального характера. Пациенты с сожалением высказывались о конечности физической жизни, малом количестве оставшегося времени, иногда делились религиозными переживаниями, помогающими принять собственную судьбу.

В случае тревожно-депрессивного синдрома клиническая картина характеризовалась чувством внутреннего напряжения, дрожи, неспособностью расслабиться, наличием беспокойных навязчивых мыслей, неопределенных страхов. Некоторые пациенты отмечали ощущение неусидчивости, желание двигаться, при этом телесные ограничения вследствие тяжести соматического состояния, физической беспомощности воспринимались с чувством досады, раздражительности, что дополнительно усиливало тревогу.

Дисфорический синдром (8,16 %) при относительно малой частоте проявлялся в виде широкого спектра эмоциональных реакций от раздражительности по незначительным поводам до

вспышек гнева и агрессии. Больные были недовольны проводимым лечением, считали его недостаточным и малоэффективным, обвиняли врачей-онкологов в некомпетентности и невнимательности, из-за чего, по их мнению, было упущено необходимое время. Определенная часть пациентов демонстративно декларировала приверженность нетрадиционным и народным методам лечения, определяя свое пребывание в стационаре как необходимость медицинского обследования. В отдельных случаях пациенты совместно с родственниками предпринимали меры административного характера (жалобы в письменной и устной формах в различные инстанции и департамент здравоохранения).

Апатический синдром (6,12 %) был клинически выражен в виде безучастности, пассивности, вялости, чаще всего протекал на фоне отрицательной динамики соматического состояния (нарастания явлений интоксикации, анемии, полиорганной недостаточности).

Для количественной оценки выраженности депрессивной и тревожной симптоматики нами использовались Госпитальная шкала депрессии и тревоги (HADS) и Гериатрическая шкала депрессии (GDS-15). Средний балл по шкале депрессии составил $14,16 \pm 0,76$, что с большой долей вероятности является показателем клинически выраженной депрессии и требует проведения клинико-психопатологического интервью. При сравнительном анализе не выявлено статистически значимых различий между степенью выраженности депрессивной симптоматики (по шкале HADS) до лечения и полом пациентов ($p=0,96755$). Удельный вес клинически выраженной депрессии (75,51 %) преобладает над субклинической депрессией (14,29 %) во всей группе.

Изучение уровня тревоги по шкале HADS не выявило статистически значимых различий между степенью выраженности тревожной симптоматики до лечения и полом пациентов ($p=0,19944$). Средний балл по шкале тревоги составил $7,65 \pm 1,02$, указывая на субклиническую степень выраженности симптоматики. Необходимо отметить, что у 25 (51,02 %) больных по результатам оценочной шкалы уровень тревоги не превышал 7 баллов, что интерпретировалось как «отсутствие тревожной симптоматики». Тогда как у 9 (18,37 %) больных уровень тревоги превышал 11 баллов и соответствовал критериям клинически выраженной тревоги.

При оценке психического состояния больных с помощью Ге-

риатрической шкалы депрессии (GDS-15) была выявлена тенденция к преобладанию выраженной депрессии над ее субклинической формой (57,14 и 34,69 % соответственно). Средний балл по шкале GDS-15 составил $10,64 \pm 0,58$ (считаем необходимым пояснить, что согласно данному опроснику количественная оценка, равная 10 баллам, трактуется как субклиническая форма, а 11 и более баллов – как клинически выраженная депрессия). Установлены также статистически значимые гендерные различия. У мужчин клинически выраженная депрессия встречалась чаще, чем у женщин (в 15 случаях – 78,95 % и 13 случаях – 43,33 % соответственно, $p=0,04740$).

Результаты клинико-психопатологического обследования пациентов, дополненные результатами оценочных шкал изучения уровня тревоги и депрессии, позволили нам обосновать назначение психотропной фармакотерапии, в частности антидепрессивной терапии, и определить показания для индивидуального выбора препарата с учетом разных механизмов действия антидепрессантов. С этой целью были использованы трициклические антидепрессанты (амитриптилин, кломипрамин), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как флуоксетин, ингибиторы МАО типа А (пиразидол) наряду с препаратами соматотропного действия.

Эффективность фармакотерапии антидепрессантами оценивалась с помощью Госпитальной шкалы депрессии и тревоги (HADS), а также по шкалам общего клинического впечатления и побочных эффектов UKU (рис. 10).

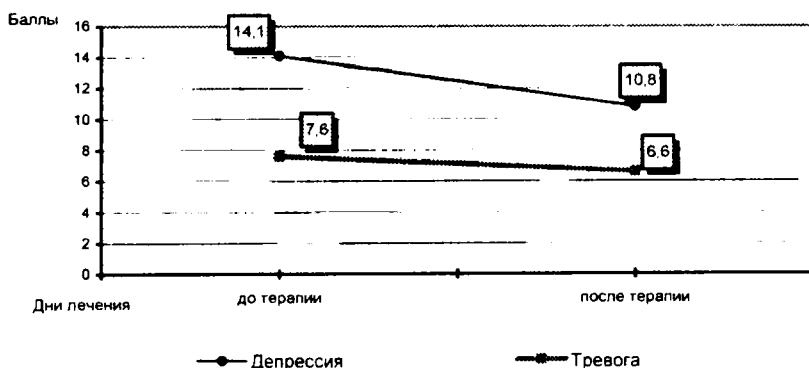


Рис. 10. Оценка эффективности психофармакотерапии у пациентов с аффективными расстройствами в хосписе по шкале HADS.

Таким образом, проведенное исследование установило высокую (69,39 %) частоту расстройств депрессивного спектра у больных хосписа, что значительно выше аналогичных показателей у онкологических больных, находящихся на этапе специализированного лечения в профильном онкологическом отделении. Использование психодиагностических опросников для скринингового выявления депрессивных расстройств является целесообразным и имеет ряд существенных преимуществ в данной возрастной группе 1) врач получает количественную оценку выраженности депрессии и тревоги; 2) пациент имеет возможность вербально выразить свои душевные переживания, которые могут остаться без внимания при обычном соматическом осмотре; 3) медперсонал приобретает опыт более эмпатичного реагирования на эмоциональные потребности пациента. Среди достигнутых клинических эффектов антидепрессивной терапии наиболее значимыми являются смягчение депрессивной и тревожной симптоматики, улучшение соматовегетативных функций (нормализация сна, появление аппетита, уменьшение алгических проявлений), достижение сбалансированного психического состояния, влияющего на качество жизни пациента.

Хоспис следует рассматривать как один из реальных интегративных подходов к оказанию адекватной паллиативной помощи больным с онкологическими заболеваниями пожилого и старческого возрастов, нуждающимся в полноценном уходе и сведении к минимуму страданий, обусловленных коморбидной тяжелой соматической и пограничной психической патологией.

Теоретико-методологические и клинические данные свидетельствуют о сложности проблем лечения и превенции невротических расстройств позднего возраста, формирующихся на фоне выявленного онкологического заболевания. Мы обязаны достичь интеграции как чисто медицинского аспекта рассматриваемой проблемы, так и социальных компонентов. Следует учитывать определенную социальную незащищенность пожилого человека, страдающего онкологическим заболеванием, негативные соматические последствия химиотерапевтического и хирургического лечения, которые способствуют личностной невротизации и дезадаптации. Нельзя не учитывать социальные представления о «фатальности» и «неизлечимости» онкологических заболеваний, приводящих личность к экзистенциальному кризису, который потенцируется возрастными изменениями.

Приведем основные принципы социальной психотерапии с

данным контингентом пациентов: придание межведомственного характера всей системе общественной поддержки пожилых людей, страдающих новообразованиями; комплексность и дифференцированность лечебно-предупредительных программ; поэтапность и индивидуализация воздействия с обязательной оценкой типологической личностной структуры и продолжительности клинико-нейродинамических сдвигов; оценка сопутствующих и предрасполагающих патогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов, способствующих фиксации невротических и патохарактерологических симптомов; учет клинических и нейрофизиологических параметров, отражающих степень сохранности адаптационно-регуляторных механизмов старения (взаимодействие процессов возрастной деструкции, социально-психологической дезорганизации с укрепляющейся позицией осознания пожилыми пациентами своего нового социального статуса, выработкой продуктивной жизненной позиции); разработка оригинальных режимов наблюдения и ведения пожилых лиц (на базе трехэтапного лечения пограничных пациентов – кризисного, базисного и регрессионного), предусматривающих последовательное восстановление социального взаимодействия (в семье, с близкими, бывшими сослуживцами, соседями и др.).

На начальной стадии социальной психотерапии при невротической и характерологической патологии, сформированной на фоне онкологического заболевания, успех достигается от применения в амбулаторных условиях психотерапевтического комплекса, включающего в себя одномоментное или последовательное применение рациональной, гипноусугестивной психотерапии, аутогенной тренировки; в ряде случаев целесообразно использование общеукрепляющих и седативных лечебных воздействий. На более поздних этапах, особенно при распространении неопластического процесса, сложном прогнозе, тяжелых последствиях специфического онкологического лечения, акцент в лечении невротических расстройств смещается в сторону паллиативной психотерапии. Психореабилитационная программа такого рода пациентов может иметь следующие приоритетные направления: 1) психо- и фармакотерапевтическая коррекция психоэмоциональных нарушений; 2) воздействие на боль и другие соматические симптомы; 3) психотерапевтическая работа, ориентированная на личность больного по изменению «Я-концепции», поиск новых жизненных приоритетов, ценностей, установок, способствующих улучшению качества жизни пациен-

тов; 4) психотерапия семьи. Непосредственное внедрение данной программы осуществляется при помощи создания психотерапевтического кабинета, организующего комплексную работу врача-психотерапевта с лечащим врачом-онкологом.

Наиболее значимые травматогенные душевные конфликты этого «опасного периода»: сочетанные воздействия, унижение достоинства личности, жестокое обращение, состояние смысловой утраты, переживание позора, оскорбления, потеря жизненных целей, религиозный кризис, осознание и переживание своей ненужности, бессмысленности и безнадежности.

Духовная поддержка пациента на данном этапе должна осуществляться не только медицинским персоналом, но и при желании пациента представителями религиозных конфессий. Христианство учит, что смысл жизни человека заключается в том, чтобы к ее концу стать лучше, чем был. Последняя болезнь может дать человеку эту возможность, фатальное заболевание часто меняет мировоззрение пациента, а иногда и его характер. У человека, понявшего, что жизнь подходит к концу, остается две возможности — пассивно поджидать смерть или полностью использовать оставшееся время для личностного роста.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ В ОНКОПСИХИАТРИИ

На современном этапе развития онкологии одной из её целей является не только увеличение продолжительности, но и повышение качества жизни больного раком. В этой связи очевидна необходимость совершенствования психотерапевтической работы с онкологическим больным. Изменения в нервно-психической сфере у онкологических больных носят вторичный характер, поэтому лечение их психофармакологическими и психотерапевтическими методами имеют вспомогательное, но не решающее для реабилитации значение. Наиболее перспективным можно считать использование данных психического состояния пациентов как дополнительные диагностический и прогностический методы.

По мнению Л. Б. Дмитриева, Л. М. Телелевой, С. Л. Таптаповой, И. И. Ермаковой (1990), психотерапевтическая тактика должна строиться с учётом психических нарушений, особенностей характера психотравмирующих факторов, а также условий, в которых оказываются больные после лечения. На первом этапе проводятся психотерапевтические беседы разъяснительного и успокаивающего характера, основная задача которых – коррекция патологических реакций на болезнь и воспитание сознательного отношения к лечению. Исходя из того, что психологические компоненты легко формируются в психопатологические расстройства, нельзя допустить, чтобы больной утратил сознание своей социальной значимости. Кроме психотерапии такие больные нуждаются в проведении специального психофармакологического воздействия.

Реабилитационные мероприятия осуществляются при использовании принципов дифференцированности, комплексности и поэтапности (Семке В. Я., 1979; Кабанов М. М., 1985), которые были конкретизированы и адаптированы к исследуемым нарушениям. Дифференцированность заключалась в выборе психотерапевтической тактики и принципов терапии, основанных на выявлении в каждом отдельном случае преобладающего типа реагирования на болезнь. Комплексное воздействие заключалось в применении сочетанного влияния на биологическую (соматогенную) и психосоциогенную системы в целостной нервно-психической деятельности. В терапевтическом воздействии делался акцент на увеличение внутренних ресурсов компенсации.

Конкретная реабилитационная схема для каждой больной была строго индивидуальна с учётом её индивидуальных особенностей. Применение двух указанных реабилитационных принципов подразумевает и использование третьего – поэтапности реабилитационных мероприятий, поскольку объём психотерапевтической помощи был неодинаков на разных этапах, что требовало соответствующих условий (организационных форм).

Организация оказания психотерапевтической помощи женщинам с раком молочной железы состоит из нескольких этапов, которые представлены в таблице 9.

Т а б л и ц а 9

**Этапы оказания психотерапевтической помощи
женщинам с раком молочной железы**

Этапы	Сроки	Место проведения	Цель работы
I	Во время госпитализации в стационар	Отделение общей онкологии клиник ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (стационар)	Знакомство с психиатром (психотерапевтом) внутри стационара, непосредственная работа с пациенткой по разработанной нами программе (пункт 5.3)
II	Через 1 месяц после выписки из стационара	Маммологический центр ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, амбулаторный приём	Совместная работа психиатра (психотерапевта) и онколога с пациенткой, выявление нарушений и коррекция эмоционального состояния женщины
III	Через 6 месяцев после выписки из стационара	Межведомственный центр психического здоровья ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН	Обсуждение психического состояния женщины, ее установок, жизненных приоритетов, возможности рецидива болезни
IV	1 раз в месяц	ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (стационар) / ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН	Открытая психокоррекционная группа для женщин с раком молочной железы
V			«Вместе против рака»

Основной целью *первого этапа* являлось знакомство и создание комплайенса с пациенткой. Затем сбор анамнеза и проведение экспериментально-психологического исследования. После обработки результатов, полученных в ходе указанных мероприятий, у женщины квалифицировался психический статус, определялись группа (по стадии основного заболевания) и подгруппа (по уровню качества жизни и уровню тревоги). И пациентка в соответствии со всем вышеперечисленным принимала участие в психореабилитационной программе. На *втором этапе* психиат-

ром (психотерапевтом) совместно с онкологом на амбулаторном приеме через 1 месяц после выписки выявлялись психоэмоциональные нарушения женщины с последующей их коррекцией. Третий этап проводился через 6 месяцев и осуществлялся на базе Межведомственного центра психического здоровья ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. На данном этапе обсуждалось психическое состояние женщины, определялись её установки, жизненных приоритеты, в том числе возможности рецидива болезни. Четвёртый этап включал в себя ежемесячное проведение открытой психокоррекционной группы, где женщины с раком молочной железы делились между собой своими переживаниями, трудностями и тем самым оказывали друг другу совместно с психиатром (психотерапевтом) колоссальную психологическую поддержку. И, наконец, пятый этап – это активная деятельность в рамках межрегиональной общественной организации «Вместе против рака», имеющей свой сайт в интернете (<http://patient.netoncology.ru>). Основной задачей этой общественной ассоциации является объединение усилий отдельных лиц, а также общественных организаций России с целью создания условий для организации и проведения в стране реальной и эффективной профилактической и просветительной противораковой работы среди населения, для защиты интересов онкологических больных и их родственников, а также психоэмоциональной и социальной реабилитации и улучшения качества жизни онкологических больных после лечения. Здесь женщины находят ответы на многие волнующие их вопросы, которые в силу ряда причин не могли задать лечащему доктору или психиатру (психотерапевту) относительно своего заболевания.

Помимо вышеизложенных общих принципов реабилитации онкологических пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами, нами использовались результаты экспериментально-психологических методик, проводимых у женщин с раком молочной железы. В частности, данные опросника качества жизни по И. А. Гундарову («Роза качества жизни», 1994) и шкалы тревоги Гамильтона. Внутри каждой группы (стадии) все женщины были разделены на три подгруппы, в зависимости от уровня качества жизни и уровня тревоги. Таким образом, в каждой группе женщин с раком молочной железы сформировалось три подгруппы, которые и служили ориентиром для выбора тактики проведения психокоррекции. Более наглядно это представлено в таблице 10.

Таблица 10

Формирование подгрупп женщин с раком молочной железы

Подгруппы	Соотношение уровня качества жизни и уровня тревоги
A	Высокий уровень качества жизни и низкий уровень тревоги
B	Высокий уровень качества жизни и высокий уровень тревоги
	Средний уровень качества жизни и высокий уровень тревоги
	Средний уровень качества жизни и низкий уровень тревоги
	Низкий уровень качества жизни и средний уровень тревоги
C	Низкий уровень качества жизни и низкий уровень тревоги
	Низкий уровень качества жизни и высокий уровень тревоги

Таким образом, учитывая данное разделение женщин с раком молочной железы, были получены следующие данные. Прежде чем все женщины были распределены по подгруппам, на каждой стадии статистически был определён средний уровень качества жизни и уровень тревоги, а также пределы верхней и нижней границ. Так, для женщин из первой группы средний уровень качества жизни составил $40 \pm 1,52$, средний уровень тревоги – $15 \pm 1,63$. Для второй группы (стадии) средний уровень качества жизни имел значение $37,5 \pm 0,84$, а средний уровень тревоги – $16,5 \pm 1,05$. В третьей группе средний уровень качества жизни составил $41 \pm 1,23$, средний уровень тревоги – $14 \pm 1,79$.

Таблица 11

**Распределение женщин с раком молочной железы
в зависимости от стадии заболевания,
уровня качества жизни и уровня тревоги**

Стадии	Подгруппы	Количество женщин (абс.)	Процентное соотношение внутри каждой группы
I	A	7	31,82
	B	8	36,36
	C	7	31,82
II	A	16	27,59
	B	27	46,55
	C	15	25,86
III	A	7	31,82
	B	10	45,45
	C	5	22,73

Анализируя приведённые выше данные таблицы 11, можно говорить о том, что на каждой стадии онкологического заболевания выявляются женщины с различными вариантами уровня качества жизни и тревоги. Необходимо отметить, что на первой стадии заболевания женщины с раком молочной железы рас-

пределились между подгруппами практически в одинаковой пропорции (подгруппа А – 31,82 %, подгруппа В – 36,36 %, подгруппа С – 31,82 %). На второй стадии рака молочной железы преобладали женщины из подгруппы В (46,55 %) и почти в равном соотношении были представлены подгруппы А (27,59 %) и В (25,86 %). На третьей стадии заболевания количество женщин из подгруппы В (45,45 %) также было в большинстве, следующей по количеству больных была подгруппа А (31,82 %) и, наконец, подгруппа С (22,73 %) была представлена меньшинством женщин. Учитывая данное распределение женщин с раком молочной железы, была предложена следующая стратегия психокоррекции (табл. 12).

Таблица 12

**Стратегия психореабилитационной программы
для женщин с раком молочной железы в зависимости
от стадии онкологического процесса и соотношения
уровня качества жизни и тревоги**

Ста- дии	Под- группы	Психореабилитационная тактика	
I	A	Образовательная программа	ОП
	B	Психокоррекция	ПК
	C	Психотерапия + симптоматическая психофармакотерапия	ПТК+ПФК
II	A	Психотерапия	ПТК
	B	Психотерапия + симптоматическая психофармакотерапия	ПТК+ПФК
	C	Психотерапия + психофармакотерапия (анксиолитики, седативные средства и антидепрессанты)	ПТК+ПФК
III	A	Психотерапия	ПТК
	B	Психотерапия + психофармакотерапия (анксиолитики, седативные средства и антидепрессанты)	ПТК+ПФК
	C	Психофармакотерапия (анксиолитики, седативные средства и антидепрессанты) + психотерапия	ПФК+ПТК

Основной целью образовательной программы является корректное, доступное пониманию разъяснение сути и основных концепций развития онкологического заболевания. Ведь многие потеряли из-за рака кого-то из близких или же просто слышали об ужасах этого заболевания. Вследствие этого многие женщины с раком молочной железы считают, что рак – это сильный и могущественный недуг, способный поразить организм человека и полностью его разрушить. На самом деле, наука о клетке – цитология – свидетельствует об обратном. Раковая клетка по своей природе слаба и плохо организована. Рак начинается с клет-

ки, содержащей неправильную генетическую информацию, что делает ее неспособной выполнять отведенные ей функции. Эта клетка могла получить неверную информацию вследствие вредного химического воздействия, по другим внешним причинам или просто потому, что в процессе постоянного воспроизводства миллиардов клеток организм время от времени допускает ошибки. Если эта клетка начинает воспроизводить другие клетки с тем же самым нарушением генетической структуры, возникает опухоль, состоящая из большой массы атипичных клеток. Обычно защитная (иммунная) система организма опознает такие клетки, уничтожает их или, по крайней мере, ограничивает их действие так, чтобы они не могли распространяться.

В случае злокачественных клеток в них происходят определенные изменения, так что они начинают быстро репродуцироваться и поражают примыкающие к ним ткани. Если между нормальными клетками существует некий вид «информационной связи», который предотвращает перепроизводство, то злокачественные клетки слишком дезорганизованы и, не реагируя на эту получаемую от соседних клеток информацию, начинают бесконтрольно репродуцироваться, атипичные клетки опухоли начинают блокировать нормальное функционирование органов либо разрастаясь и оказывая физическое давление на другие органы, либо замещая нормальные клетки этих органов злокачественными, так что орган уже не может функционировать. При тяжелых формах рака злокачественные клетки отрываются от первоначального образования и переносятся в другие части тела, где они начинают расти и формировать новые опухоли. Такой отрыв и распространение злокачественных клеток носит название «метастазы».

Из-за чего же начинается рак? Наши пациентки обычно слышаны об исследованиях рака, и поэтому считают, что медицина приблизилась к пониманию его причин. Они стараются возложить вину на какие-то внешние факторы. Сейчас уже «всем известно», что рак вызывается канцерогенными веществами, генетической предрасположенностью, радиацией или, возможно, неправильным питанием. На самом же деле, ни один из перечисленных факторов сам по себе не может служить достаточным объяснением того, почему один человек заболевает раком, а другой – нет.

Хотя исследованию причин раковых заболеваний посвящается огромное количество времени, энергии и средств, один нема-

ловажный факт часто остается без внимания: все-таки большинство людей, подвергающихся воздействию известных канцерогенных веществ, остаются здоровыми. Поэтому, чтобы понять природу болезни, мы должны понять не только то, почему некоторые люди заболевают ею, но и почему большинство людей ею не болевают; другими словами, что способствует здоровью человека?

Одним из самых важных факторов и болезни, и здоровья является состояние естественной защиты организма. Если говорить максимально упрощенно, то наша иммунная система состоит из нескольких видов клеток, предназначенных для того, чтобы нападать на инородные вещества и уничтожать их. Такой процесс самоисцеления постоянно происходит во всем организме, на всех его уровнях. Подобным же образом организм постоянно борется с раковыми клетками, изолируя их или разрушая еще до того, как они успевают принести человеку какой-либо вред. Поэтому для развития рака недостаточно одного лишь присутствия атипичных клеток, для него необходимо и подавление естественной системы защиты организма.

Организм любого человека время от времени производит атипичные клетки. Это может быть вызвано какими-то внешними факторами или просто ошибками в воспроизводстве клеток. Обычно иммунная система организма внимательно отслеживает появление любых атипичных клеток и разрушает их. Следовательно, для того чтобы развился рак, работа иммунной системы должна быть каким-то образом нарушена.

Вредные химические вещества, радиоактивность, наследственность, особенности питания – все эти многочисленные факторы могут способствовать возникновению заболевания, но ни один из них сам по себе полностью не объясняет, почему раком заболевает конкретный человек в конкретный период своей жизни. Ведь этот же человек наверняка уже когда-то подвергался вредному воздействию тех же самых химических веществ или радиации. Если же причина кроется в его генетической предрасположенности, то и она существовала у него с самого начала. Поиск ответа на вопрос о развитии рака снова возвращает нас к эмоциональным и психологическим факторам, влияющим на состояние здоровья и возникновение болезни. Таким образом, мы даем понять пациентке, что от её психоэмоционального состояния будет зависеть дальнейшее развитие её болезни.

Психокоррекция женщин с раком молочной железы складывается из нескольких компонентов. После создания комплайенса между врачом и пациенткой мы помогаем понять женщине, как они могли способствовать возникновению своего заболевания. Для этого мы просим вспомнить основные стрессовые ситуации, с которыми им пришлось столкнуться за период от шести месяцев до полутора лет до постановки диагноза (это обстановка на работе, конфликты в семье и др.). Перечень этих ситуаций может стать основой для разговора о роли пациентки в возникновении болезни. Это участие может проявляться по-разному: кто-то сам создает или во всяком случае не препятствует развитию ненужных стрессовых ситуаций, или же он отказывается признать, что его эмоциональные возможности не безграничны. Кто-то полностью подчинял свою жизнь чужим интересам, пока не обнаружил, что на себя у него уже не осталось никаких сил. Кто-то мог способствовать возникновению болезни, реагируя на стресс чувством беспомощности и безнадежности.

Целью такого самоанализа не является стремление вызвать в человеке чувство вины. Он нужен для того, чтобы выявить ту модель поведения, которую необходимо изменить, чтобы жить полной и здоровой жизнью. Осознав стрессовые ситуации в своей жизни и найдя новые, более эффективные способы сопротивления им, человек может высвободить внутреннюю энергию, необходимую ему для борьбы с болезнью.

Здесь же мы обсуждали «преимущества» болезни, т. е. что положительного несёт с собой заболевание. В обществе, не придающем большого значения чувствам и часто пренебрегающем эмоциональными потребностями, необходимыми для благополучия человека, болезнь может выполнять важную роль: она становится способом удовлетворения этих потребностей в том случае, если человек не смог найти иных, сознательных путей их удовлетворения.

Несмотря на то что болезнь означает страдание и боль, есть и другой аспект – она одновременно решает и некоторые проблемы, встающие перед человеком. Болезнь является своего рода «разрешением», дающим человеку право вести себя так, как он никогда бы не осмелился, будь он здоров. Ведь что получает больной: возросшее внимание и заботу окружающих, возможность не ходить на работу, уменьшение обязанностей, снижение предъявляемых к нему требований и многое другое. Поскольку женщины с раком молочной железы часто относятся к

тому разряду людей, которые ставят интересы окружающих выше собственных, им бывает трудно позволить себе все перечисленные вольности просто так, не имея серьезного на то основания. В этом смысле заболевание «отменяет» многие представления, мешающие ей обратить внимание на собственные эмоциональные потребности. И часто, только заболев, они чувствуют, что вправе снять с себя определенную ответственность и заботы и впервые обратить внимание на саму себя, не испытывая при этом вины или необходимости оправдывать свое поведение.

Но рак – это слишком высокая цена, чтобы с его помощью решать проблемы, которые можно было бы и так разрешить, изменив выработанные жизненные правила, не позволявшие обратить внимание на собственные потребности.

Собственно *психотерапия*, помимо образовательной программы и психокоррекции, включает в себя работу с личностью пациентки, так как одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблема реакций личности на болезнь. От учета этой реакции во многом зависит общий успех лечения. Женщину с раком молочной железы следует рассматривать как человека, находящегося в серьезнейшей стрессовой ситуации. Длительное тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, калечащая операция (мастэктомия), приводящая к инвалидности, угроза смерти – все эти негативные факторы разрушают привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяют систему ценностей и эталонов, существенно перестраивая личность больной и ставя её перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Психологической основой ориентации больной на продуктивную социальную жизнь, успешную адаптацию в обществе является активация её мотивационной сферы, ценностных ориентации, создание адекватных трудовых установок. Здесь мы сталкиваемся с наиболее важным моментом изменений личности женщины при раке молочной железы. Эти изменения есть результат развития в условиях кризисной ситуации. Задавая условия такого развития, объективная ситуация тяжелого, смертельно опасного заболевания приводит к изменению «позиции» больной, её мироощущения, краху жизненных ожиданий.

Неопределенность прогноза нарушает возможности планирования жизненных целей, сужает временную перспективу, необ-

ходимую для нормальной человеческой жизнедеятельности. Активность, целеустремленность, установка на самореализацию и достижения направлены в будущее и утрачивают свой смысл в ситуации онкологического заболевания, фрустрирующего основные человеческие потребности социального и физического существования.

Специфическая ситуация тяжелой болезни актуализирует у женщин с раком молочной железы мотив «сохранения жизни», который становится главным побудительным и смыслообразующим мотивом их деятельности. Все остальное кажется бессмысленным, не имеющим самостоятельной ценности. Пациентки ощущают, что все, к чему они стремились раньше, чего добивались с трудностями и усилиями, важно только тогда, когда нет угрозы более витальным потребностям. Необходимыми и осмысленными кажутся формы деятельности, связанные с лечением и отвечающие потребности физического существования.

Деятельность человека в норме направляется и регулируется его потребностями. Потребности удовлетворяет их предмет – мотив деятельности. Для достижения мотива человек ставит перед собой конкретные цели, часто не имеющие собственной побудительной силы и обладающие смыслом лишь в контексте потребности и ее мотива. Например, потребности физического благополучия могут отвечать многие конкретные цели: занятия спортом, соблюдение диеты, гигиенические мероприятия и пр. Один из путей развития человеческих потребностей в онтогенезе – это сдвиг «мотива на цель» (Леонтьев А. Н., 1972), когда цель сама начинает отвечать новой потребности, порождая её. Например, спорт из оздоровительного мероприятия может стать самостоятельной потребностью.

Структура личности человека определяется в первую очередь его актуальными мотивами и их иерархией. Центральным психологическим механизмом личностных изменений выступает перестройка иерархии мотивов по типу переподчинения главному смыслообразующему мотиву, т. е. перестройка, которую можно назвать «сдвигом цели на мотив». Если при «сдвиге мотива на цель» цель приобретает собственную побудительную силу, отвечает новой потребности, переходя, таким образом, в разряд мотивов, то у онкологических больных ранее реально действующие мотивы теряют свою побудительную силу, переходя в разряд целей в структуре главного, ведущего мотива – сохранения жизни. При этом они либо отвергаются, либо приобретают

новый смысл уже в качестве целей. Привычные формы деятельности при сохранении своего внешнего вида меняют внутреннее содержание, наполняясь новым, связанным с болезнью, смыслом. При антагонизме мотива «сохранения жизни» ранее действовавшим мотивам, невозможности включения их в деятельность лечения в качестве целей они теряют актуальность, лишаются смысла. Человеческая деятельность из полимотивированной в норме становится весьма бедно мотивированной, что проявляется как в реальной жизни больного, так и в клинической картине личностных изменений.

Аутизация, замкнутость, отчужденность, обеднение эмоциональной сферы, пассивность женщин с раком молочной железы, описанные в нашем клиническом исследовании, в значительной степени обусловлены сужением круга актуальных мотиваций, новым их смыслом для больной. Доминирование ведущего мотива «сохранения жизни» придает особую специфику всей психической жизни больной, накладывает отпечаток на особенности восприятия, мышления, перестраивает систему ценностей, всего ее мироощущения. Женщины с раком молочной железы сами отмечают, что «все стало другим», «теперь я ко всему по-другому отношусь». То, что раньше радовало, привлекало, казалось важным, теряет былую привлекательность, лишается смысла, зато появляются ранее несвойственные интересы, повышенная эгоистичность. Больные становятся более равнодушными, сужается диапазон событий, представляющих для них эмоциональную значимость. Ограничиваются контакты с окружающими людьми. Творческая активность сменяется стремлением к стереотипному выполнению работы. И к себе, и к окружающим пациентки становятся менее требовательными, сохраняя часто мелочность, желание опеки.

Совершенно бесполезно призывать больную к активной жизни, общественно полезному труду, социальной активности, если активная деятельность лишена для нее смысла. Бесполезно предлагать пациентке «не обращать внимания» на калечащие последствия болезни и лечения (удаление молочной железы). Необходимо использовать тот самый механизм искажения мотивации, который приводит к грубым личностным изменениям, обратив его на благо больной. Нужно помочь больной создать новый смысл жизни, новые цели, сделать их не просто «знаемыми», а реально действующими. Для больной должна быть сформулирована цель реабилитационной программы, предложена

модель её возможного будущего, при этом основанная не на благих пожеланиях и абстрактных рекомендациях, а созданная с учетом характерологических, личностных качеств, сохранных звеньев её мотивационной сферы и использования личностно значимых целей.

Психотерапия должна начинаться как можно в более ранние сроки. При этом следует ориентироваться не только на уже сформировавшиеся патологические симптомы, но и на ожидаемые. Коррекционная работа должна быть превентивной. Психотерапевтическая программа для каждой женщины планируется с учетом её индивидуальных особенностей, характера и степени выраженности осложнений и функциональных расстройств. Большое значение имеют возраст, социальный статус, профессия больной. Психические изменения в значительной мере определяются также преморбидными особенностями личности. Наиболее ранимыми, сензитивными являются больные с психастеническим складом личности, у которых подобные изменения приобретают наиболее выраженную и устойчивую форму. Наиболее «устойчивы» больные с эпилептоидным и истероидным преморбидом. Важно определить состояние мотивационной сферы, выделить сохранившиеся участки, на которых можно начинать работу, определить области значимых отношений и переживаний.

Симптоматическая психофармакотерапия – это комплекс медикаментозных мероприятий, направленный, прежде всего, на купирование ведущего синдрома в структуре заболевания. Необходимость психофармакотерапии ПНПР при онкологических заболеваниях определяется их негативными последствиями, как медицинскими, так и социальными. Показано, что выраженная тревога может приводить к откладыванию или даже отказу пациента от важных диагностических процедур и терапии (Sirois F., 1993). Невротические расстройства также связаны с существенным снижением качества жизни и уровня социального функционирования онкологических пациентов (Dahlquist L. M., Czyzewski D. I., 1993).

В основном мы купировали симптомы тревоги. Для этого некоторым женщинам назначались транквилизаторы с выраженным противотревожным действием. Наиболее широкое применение получил сибазон (диазепам, реланиум) 0,5 % – 2,0 на ночь 3—5 дней. Однако развитие нежелательных явлений при использовании препаратов из группы бензодиазепинов, включая

проявления т. н. поведенческой токсичности (сонливость, снижение концентрации, мышечная слабость) значительно ограничивают их применение. Поэтому были рекомендованы новые транквилизаторы – афобазол (является производным меркаптобензимидазола и не является агонистом бензодиазепиновых рецепторов) и атаракс (небензодиазепиновый анксиолитик).

Коррекция аффективных расстройств проводилась параллельно с воздействием на тревожную симптоматику. Предпочтение отдавалось традиционному трициклическому антидепрессанту амитриптилину (до 75 мг в сутки). Однако при этом было выражено седативное действие, что не всегда желательно для больной, так как проведение специального лечения (химио- и лучевая терапия) требует от больной собранности, адекватности и мобильности, активного участия в лечебном процессе. Поэтому были рекомендованы коаксил (до 37,5 мг в сутки) в связи с отсутствием серьезных побочных эффектов, сбалансированностью, «мягкостью» действия, возможностью сочетания с химиотерапией и лучевой терапией, а также азафен (пипофезин) (до 150 мг в сутки), на фоне приема которых постепенно, без выраженного седативного эффекта уменьшались депрессивные проявления, тревога, соматовегетативный компонент. Возможно также назначение антидепрессантов серотонинергической структуры (флуоксетин, фрамекс до 20 мг в сутки, паксил 10–20 мг в сутки, золофт, стимулотон 25–50 мг в сутки). Они также вызывают достаточно быстрый терапевтический эффект, заметную редукцию депрессивных расстройств, стабилизацию вегетативного тонуса.

Нужно отметить, что чаще всего медикаментозное лечение начиналось с седативных средств растительного происхождения. Широко использовались экстракты валерианы и пустырника, ново-пассит, персен, броменвал (капли внутрь, бромид, настойки валерианы и боярышника); препараты зверобоя: негрустин, гелариум гиперикум. В случаях нарушения сна применялись снотворные средства нитразепам (радедорм) до 1 мг, имован по 7,5 мг, феназепам до 1 мг в течение 5–7 дней.

Оценка эффективности применяемых психопрофилактических и реабилитационных программ осуществлялась с использованием клинико-катамнестического метода. Продолжительность катамнестического прослеживания составила 6 месяцев. Критериями эффективности проводимых психопрофилактических программ у женщин с донозологическими расстройствами явились

исчезновение в психическом состоянии отдельных симптомов, нормализация частично нарушенной трудовой адаптации и раскрытие личностных возможностей респондентов. Основными критериями эффективности проводимых мероприятий у женщин с раком молочной железы были клиническая динамика, а также динамика психологических показателей: уровня тревоги и показателей качества жизни.

В группе женщин с диагностированными преневротическими расстройствами после проведения соответствующей психореабилитационной программ, а также у женщин с астеническим вариантом мы отметили редукцию астенической симптоматики, отсутствие проблем со сном, редукцию тревоги и беспокойства, значительное улучшение самочувствия. В группе с диагностированным дистимическим вариантом преневротических расстройств пациентки после проведения профилактических и терапевтических мероприятий отмечали редукцию чувства тревоги, внутреннего напряжения, психологического дискомфорта. Они стали менее вспыльчивы, улучшились их взаимоотношения внутри семьи, социализация в целом.

У женщин с раком молочной железы с ПНПР в группе невротических расстройств после проведения соответствующей психореабилитационной программы выравнился фон настроения, редуцировалась астеническая симптоматика, нормализовался сон, появилось ощущение бодрости, прилива сил. Значительно улучшилось самочувствие, они стали строить планы на будущее, обрели позитивный настрой на выздоровление. У женщин с диагностированными расстройствами личности (с тревожным и истерическим расстройствами личности) удалось достигнуть состояния компенсации. В 2 случаях с эпилептоидным расстройством личности, несмотря на проведение реабилитационных мероприятий, женщины оставались нетерпеливыми, раздражительными, хотя субъективно все же отмечали, что стали меньше испытывать спонтанно возникающих «приступов» плохого настроения.

Улучшение клинической симптоматики сопровождалось соответствующей динамикой психологических показателей. Поэтому было проведено повторное исследование уровня соматического и психического здоровья на основе опросника качества жизни по И. А. Гундарову («Роза качества жизни», 1994) с оценкой по 15 показателям: положение в обществе, работа, душевный покой, семья, дети, здоровье, условия в районе проживания, жилищные

условия, материальный достаток, питание, сексуальная жизнь, духовные потребности, общение с друзьями, развлечения, отдых. Измерительный инструмент для оценки качества жизни, разработанный И. А. Гундаровым, представляет собой опросник для самостоятельного заполнения, вопросы которого касаются восприятия индивидом различных аспектов своей жизни. Он является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. ВОЗ определяет качество жизни как «*восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами*». Это определение отражает внимание, уделяемое ВОЗ той оценке жизни, самочувствия, здоровья и благополучия, которую дают сами пациенты и которая слишком часто не совпадает с мнением профессиональных медиков относительно эффективности проводимого ими лечения. В содержании опросника субъективная оценка респондентами их здоровья и жизненных условий подчеркнута более, чем их объективное функциональное состояние. Таким образом, данный инструмент измеряет индивидуальное восприятие респондентами своей жизни в тех ее областях, которые связаны со здоровьем, но не предполагает измерять объективное состояние здоровья.

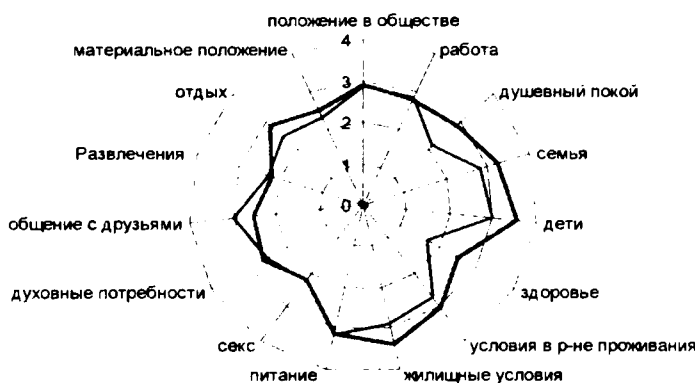


Рис. 11. Уровень качества жизни у женщин с раком молочной железы. до и после проведения психореабилитационной программы.

Качество жизни женщин с раком молочной железы оценивалось дважды – при первичном осмотре и после проведения психореабилитационных мероприятий (рис. 11).

Полученные данные свидетельствуют об увеличении показателей таких категорий качества жизни, как душевный покой, семья, дети, здоровье, условия в районе проживания, жилищные условия, отдых. Это, бесспорно, не означает, что у этих пациенток всё быстро и кардинальным образом переменялось в жизни, но поменялось их отношение к своей жизни. А это уже большой шаг к достижению нашей цели, а именно улучшить качество жизни женщин с раком молочной железы. Особо показательной является динамика категории «здоровье». Так, этот показатель возрос с 1,7 до 2,5. Субъективные ощущения пациенток совпали с объективным улучшением их состояния здоровья. Средний балл уровня качества жизни до лечения был $2,59 \pm 0,02$, что составляло 64,75 % от максимальной оценки вектора, а после лечения – $2,93 \pm 0,01$ (73,25 % от максимальной оценки), в этом повышении прослеживается положительная динамика в улучшении качества жизни.

Также мы оценивали уровень тревоги по шкале Гамильтона до и после проведения психореабилитационной программы женщинам с раком молочной железы (рис. 12).

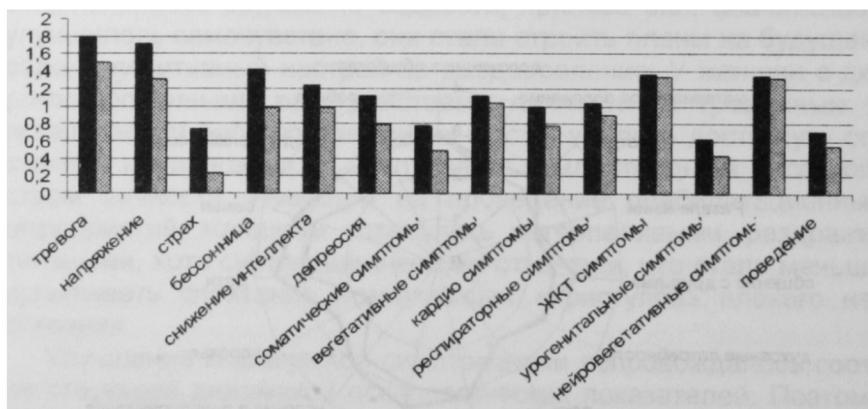


Рис. 12. Уровень тревоги у женщин с раком молочной железы до и после проведения психореабилитационной программы.

На приведенном рисунке первый из двух столбцов – показатель уровня тревоги до лечения, а второй – после терапии. Из

этого рисунка наглядно видно, что значительно уменьшился психический уровень тревоги: тревога снизилась с $1,8 \pm 0,09$ до $1,5 \pm 0,09$, напряжение – с $1,71 \pm 0,1$ до $1,3 \pm 0,09$, страх – с $0,73 \pm 0,08$ до $0,23 \pm 0,08$, бессонница – с $1,41 \pm 0,09$ до $0,98 \pm 0,08$, депрессивное настроение – с $1,11 \pm 0,09$ до $0,79 \pm 0,09$ у женщин с раком молочной железы. В меньшей степени заметна положительная динамика соматического и нейровегетативного уровней.

С целью оценки эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий использовалась «Шкала оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями» (Семке В. Я., 1980), отражавшая степень достигнутого лечебного эффекта по трём параметрам: клинической динамике психопатологических проявлений; уровню социальной адаптации; данным экспериментально-психологических исследований. Она содержит следующие уровни выздоровления: «А» – полное выздоровление (с устранением всех психопатологических расстройств, полным восстановлением прежнего социального и трудового статусов); «В» – практическое выздоровление (также предусматривает устранение болезненных проявлений, выравнивание основных нейрофизиологических показателей, требующее осуществления эпизодических социотерапевтических мероприятий); «С» – неполное выздоровление (с наличием отдельных клинических свойств и нерезко выраженных нейрофизиологических сдвигов, но с возможностью выполнения прежних социальных функций); «Д» – незначительное улучшение (с элементарным послаблением клинической симптоматики, некоторым выравниванием нейрофизиологических и психологических параметров, частичное восстановление социально-трудовой адаптации). Клиническое улучшение («В») достигнуто у 14 пациенток с раком молочной железы (13,72 %), неполное выздоровление («С») – у 47 больных женщин (46,08 %) и у 41 человек (40,2 %) после лечения определялось незначительное улучшение («Д»).

Дифференцированное применение комплексных психореабилитационных программ, основанных на изучении нервно-психических расстройств у женщин с раком молочной железы, позволило судить об их эффективности, подтверждённой клинико-динамическими и экспериментально-психологическими исследованиями. Данные исследования иллюстрируют эффективность применения комплексных реабилитационных программ, где совместное участие онкологов, психиатров и психотерапевтов носит характер котерапевтичности, профессионального

взаимодействия и помогает более полному восстановлению больного. Очень важный момент – это психокоррекционное сопровождение. На диагностическом этапе основное место отводилось исследованию уровня тревоги, субъективной характеристике качества жизни и проведению индивидуальной психокоррекции. На этапе стационарного лечения предусматривалось проведение медикаментозных и психотерапевтических мероприятий. Особую роль в реабилитации играют образовательные программы на основе последних данных науки о терапии онкологических заболеваний, изменении отношения к онкологическому диагнозу, ломки старых стереотипов об онкологии, активизации собственных ресурсов организма. Следующий этап – это социализация пациентов – возвращение в микросоциум (семейное окружение, рабочий коллектив). Это решение застарелых психологических проблем, семейная психотерапия, само- и взаимоподдержка. Этот этап проводится на различных базах. В нашем случае в НИИ онкологии, где работают психиатры и психотерапевты, и в НИИ психического здоровья (Межведомственный центр психического здоровья), где проводится открытая группа для пациентов с онкозаболеваниями. Сотрудники двух крупных научно-исследовательских институтов активно участвуют совместно с бывшими пациентами в работе общественной организации «Вместе». Умноженные усилия помогают пациентам преодолеть внутренние конфликты, опасения по поводу заболевания, быть конструктивными в решении этой сложной проблемы. Данный опыт реабилитации применим не только указанной локализации и служит иллюстрацией для более оптимальной помощи этим пациентам.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В последнее десятилетие в онкологической практике интенсивное развитие получило новое научное направление – исследование качества жизни пациентов, связанное со здоровьем и определяющее эффективность лечения. Это объясняется многими факторами, но одним из основных является актуальность медико-социальных проблем, связанных с онкологическими заболеваниями. Заболеваемость населения России злокачественными опухолями составляет 961,1 случая на 100 тысяч населения. В 2004 г. выявлено 468 000 новых больных, т. е. ежедневно регистрировалось в среднем 1 282 заболевания. Вследствие онкологических заболеваний в течение первого года инвалидами признаются 170 случаев на 100 тысяч человек, из них 78 % – лица наиболее трудоспособного возраста. Смертность от данной патологии в 2004 г. составила 200 на 100 тысяч населения. В структуре смертности населения России новообразования занимают 3-е место (Давыдов М. И., Аксель Е. М., 2006).

Главная цель системы медицинской помощи в онкологии – это восстановление или сохранение качества жизни онкологических больных. В рамках этого определения качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и является более важным, чем первичный опухолевый ответ. В онкологической практике принято оценивать результаты комбинированного лечения по трем критериям – опухолевый ответ, безрецидивная трех- и пятилетняя выживаемость и качество жизни больного после проведенного лечения и реабилитационных мероприятий.

К одной из причин, способствующих возникновению научного направления по исследованию качества жизни, следует отнести осознание факта недостаточной осведомленности врача о состоянии пациента, неполное и нередко искаженное представление о внутренней картине болезни. Достаточно точно определяя патофизиологические реакции, характерные для того или иного заболевания, врач, вооруженный новыми технологиями XXI века, не в состоянии воспроизвести многоплановые события, касающиеся личности больного. В ряде научных работ показано существенное расхождение оценки врача и оценки больного в отношении характера и степени нарушения ключевых функций

пациента: функциональной, физической, психологической, эмоциональной, социальной. Оценка качества жизни, сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем его состояния. Данные о качестве жизни и традиционное медицинское заключение врача позволяют дать полную и объективную оценку болезни.

Качество жизни – совокупность параметров, отражающих измерение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в периоды заболевания, лечения и реабилитации. В современной зарубежной медицине широкое распространение получил термин «*качество жизни, связанное со здоровьем*». Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье понимается как полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто как отсутствие заболевания. Исходя из этого, качество жизни, связанное со здоровьем, является одним из ключевых понятий современной медицины, позволяющих дать глубокий многоплановый анализ важных составляющих здоровья человека в соответствии с критериями ВОЗ (Шевченко Ю. Л., 2000).

Исследование качества жизни в онкологии играет исключительно важную роль, как в теоретических исследованиях, так и в клинической практике. Изменения составляющих показателей определяют этап развития опухолевого процесса. На ранних стадиях онкологического заболевания физическое состояние пациента, как правило, не нарушено, однако имеет место изменение психологического и социального функционирования. На более поздних стадиях пациент переживает критические изменения во всех сферах деятельности. Уникальность исследования качества жизни состоит в том, что именно данная методология открывает возможности точного описания и измерения сложной гаммы многоплановых нарушений, которые происходят с онкологическими больными в процессе развития злокачественной опухоли.

Большой клинический опыт исследования качества жизни накоплен в зарубежной литературе в различных разделах медицины: в онкологии, кардиологии, гематологии, гастроэнтерологии, хирургии, пульмонологии, эндокринологии. К настоящему времени имеется более 10 тысяч публикаций и примерно половина всех исследований связана с лечением онкологических больных (Ионова Т. И., Новик А. А. 2000). Существует множество инстру-

ментов (опросников) для изучения качества жизни, которые можно разделить на две группы – общие и специфичные для болезни. *Общие* опросники предназначены для решения широкого круга задач и учитывают такие показатели, как физическое, социальное, эмоциональное функционирование, общий статус здоровья, жизненную удовлетворенность. Но общие опросники не позволяют выявить изменения, характерные для определенного заболевания, локализации или симптома. В этом случае применяются *специальные* опросники.

К наиболее распространенным общим опросникам относятся следующие: 1) Опросник оценки качества жизни Европейской группы качества жизни – EuroQOL EQ-5D; 2) Общий опросник здоровья – Medical Outcomes Study-Short Form (MOS-SF-36); 3) Профиль влияния заболевания – Sickness Impact Profile (SIP); 4) Индекс благополучия – Quality of Well-Being Index; 5) Индекс качества жизни – Quality of Life Index; 6) Ноттингемский профиль здоровья – Nottingham Health Profile (NHP); 7) Детский опросник качества жизни – PedsQL.

В большинстве случаев в онкологии применяются специальные опросники и наиболее распространенными из них являются: 1) Опросник Европейской организации исследований в лечении рака (EORTC QLQ-30 (version 3.0); 2) Функциональная оценка противоопухолевой терапии (FAST-G – Functional Assessment of cancer Therapy); 3) Роттердамская шкала оценки качества жизни (RSOL); 4) Система оценки проведения реабилитационных мероприятий (CARES-SF).

Исследования качества жизни в НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН являются частью широкого многоцентрового рандомизированного клинического протокола, проводящегося в соответствии с правилами качественной клинической практики. В рамках протокола Международного сотрудничества с Европейской организацией исследований в лечении рака мы проводим изучение качества жизни онкологических больных как критерия оценки эффективности высокотехнологичных методов лечения и реабилитационных мероприятий. Для выполнения поставленной цели используется наиболее чувствительный для онкологических больных опросник EORTC QLQ-C30, который содержит 30 вопросов, 5 функциональных шкал, 3 симптоматические шкалы, общий статус здоровья и 6 отдельных вопросов. Высокий показатель по функциональной шкале отражает высокий (лучший) уровень функционирования, а при высоком показателе симпто-

матических шкал высокий уровень симптомов – худшее качество жизни.

В настоящее время нами выполняется изучение качества жизни онкологических больных различных локализаций, и для достоверности проводимого исследования мы применяем, наряду с общим опросником EORTC QLQ-C30, и специфичные анкеты для каждой конкретной локализации: при злокачественных опухолях головы и шеи – QLQ-H&N35, раке желудка – QLQ-STO22, раке легкого – QLQ-LC13, раке предстательной железы – QLQ-PR25, онкогинекологии – QLQ-OV28, раке молочной железы – QLQ-BR23.

Изучение качества жизни как критерия оценки эффективности лечения и проведения реабилитационных мероприятий вошло в повседневную практику клинических исследований. Получены первые результаты, которые подтверждают важность этого научного направления.

8.1. Оценка качества жизни при комбинированном лечении рака желудка IV стадии

При поиске эффективной программы противоопухолевой терапии рака желудка IV стадии инкурабельных больных за основной критерий эффективности паллиативного лечения был взят уровень качества жизни. Мы сравнивали два метода лечения: циторедуктивная операция (резекция желудка или гастрэктомия) и послеоперационная химиотерапия (кселода/цисплатин).

В клиническое исследование были включены 63 пациента раком желудка IV стадии. Пациенты были разделены на следующие группы: I – *основная группа* – паллиативное комбинированное лечение: циторедуктивная операция (резекция желудка или гастрэктомия) и химиотерапия по схеме цисплатин/кселода (интраперитонеально и внутривенно) – 32 больных. II – *группа контроля* – циторедуктивное хирургическое лечение и симптоматическая терапия в послеоперационном периоде – 31 больной. Все больные заполняли анкету до начала лечения (1-я контрольная точка), далее в основной группе – после операции и 2 курсов химиотерапии перед следующим 3-м курсом (2-я контрольная точка), затем перед 5-м и 7-м курсами ХТ (3-я и 4-я контрольные точки) и последняя контрольная точка – после 8 курсов ХТ. Оценка КЖ среди больных контрольной группы проводилась

хронологически в те же сроки, что и в основной – через 3; 5,5; 7,5 и 10 месяцев после операции.

В исследуемых группах перед проведением запланированного объема лечения показатели функциональной шкалы были одинаковы (рис. 13). В исходной точке функциональные показатели составляли $62,3 \pm 7,2$ % в основной группе и $61,2 \pm 8,0$ % в контрольной группе. После операции и 2 курсов ХТ (2-я контрольная точка) в группе контроля наблюдается увеличение функциональных значений до $71,2 \pm 8,2$ %, в основной группе прирост меньше ($64,5 \pm 7,0$ %). Хирургическая циторедукция позволила уменьшить количество клеток опухолевой популяции, устранить симптомы прорастания в смежные анатомические структуры, явления интоксикации, стеноза и распада опухоли. Более высокие функциональные показатели в контрольной группе обусловлены достаточным адаптационным периодом после операции (3 месяца) и отсутствием дополнительных видов противоопухолевого лечения, сопровождающихся разной степенью выраженности побочных эффектов.

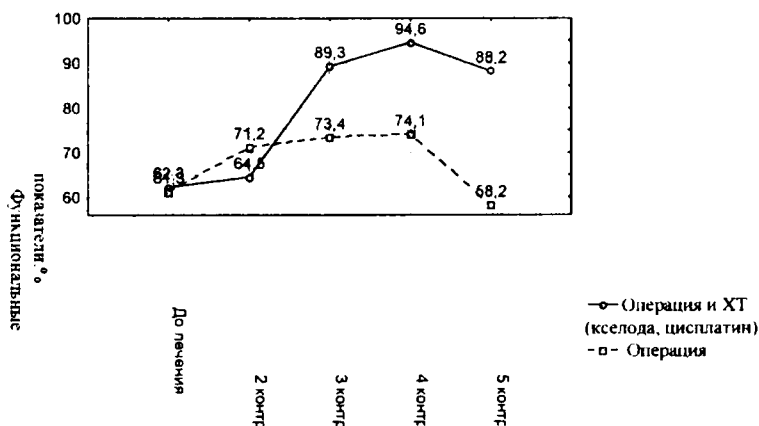


Рис. 13. Значения функциональной шкалы на этапах лечения в основной и контрольной группах.

Существует, на наш взгляд, несколько причин, обуславливающих несущественный прирост величин функциональной активности у пациентов основной группы на данном этапе лечения. Так, сочетание двух видов лечения, в рамках комбинированного, за короткий промежуток времени и ранние сроки проведения ХТ, когда организм еще не адаптировался к новым анатомическим

условиям, созданным в желудочно-кишечном тракте после операции, а также токсичность режима ХТ, в совокупности ведут к частичной физической и психологической дезадаптации пациентов и определяют несущественный прирост величин функциональной активности. Только к моменту проведения 4 курсов ХТ, в 3-й контрольной точке, функциональные показатели основной группы больше, чем в контрольной – $89,3 \pm 8,1$ и $73,4 \pm 7,9$ %. Максимальные функциональные значения в обеих группах определяются в 4-й контрольной точке: основная группа – $94,6 \pm 8,0$ %, контрольная – $74,1 \pm 8,2$ %. Показатели в 3-й и 4-й контрольных точках обусловлены частичной социальной адаптацией пациентов и уменьшением степени выраженности стресса, вызванного самим заболеванием и проводимым лечением.

Промежуток времени, необходимый для проведения 8 курсов ХТ пациентам основной группы, равен 9,5—10 месяцам (5-я контрольная точка). К этому времени у 16 больных (52,0 %) в группе с хирургическим лечением появились признаки генерализации заболевания, что привело к существенному снижению функциональных показателей до уровня ниже исходного – $58,2 \pm 8,6$ %. В основной группе после проведения 8 курсов ХТ также наблюдается снижение функциональной активности до $88,2 \pm 7,8$ %. Данные изменения в основной группе объяснимы кумулятивной токсичностью режима ХТ (гастроинтестинальная, гематологическая токсичность и нефротоксичность) и периодом лечения, равным 9,5—10 месяцев, что служит причиной психологической дезадаптации, вызванной длительностью лечения.

На рисунке 14 изображен график значений симптоматической шкалы во время лечения. В обеих группах выраженность *симптомов* заболевания перед проведением лечения была примерно одинакова: контрольная группа – $42,8 \pm 7,6$ %, основная – $41,2 \pm 8,0$ %. При анализе *симптоматической* шкалы принималась во внимание выраженность следующих симптомов заболевания: усталость, тошнота и рвота, боль, одышка, бессонница, потеря аппетита, запоры и диарея. Изначально в обеих группах преобладали усталость, боль, тошнота и рвота.

Во 2-й контрольной точке в контрольной группе наблюдается большее по величине снижение показателей выраженности симптомов заболевания – $27,1 \pm 7,2$ %, в основной – $36,3 \pm 8,3$ %. Именно хирургическая циторедукция в обеих группах определяет регрессию таких симптомов, как боль, слабость, тошнота и

рвота, а также потеря аппетита, на данном этапе лечения за счет ликвидации основного причинного фактора – опухоли.

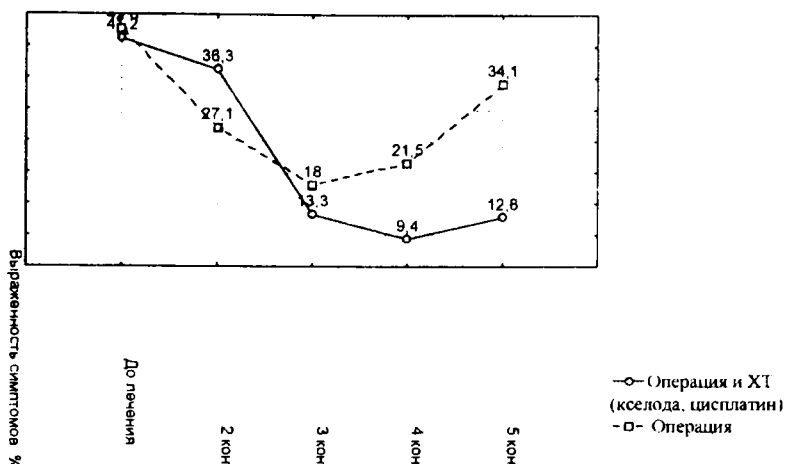


Рис. 14. Значения симптоматической шкалы на этапах лечения в основной и контрольной группах.

Известно, что применение цисплатина, как одного из компонентов химиотерапии, сопровождается выраженным эметогенным действием. Так, тошнота и рвота являются наиболее субъективно тягостными симптомами во время проведения ХТ, существенно ухудшающими качество жизни больных основной группы. Согласно данным литературы, тошнота и рвота нередко служат основанием для отказа от проводимого лечения (Герасименко В. Н., 1998). В нашем исследовании не было прекращения химиотерапии по этой причине. Основным проявлением гастроинтестинальной токсичности, индуцированной приемом кселода, являлись ухудшение аппетита II степени и диарея I–II степени. Все имевшие место токсические нарушения корректировались терапией сопровождения. Через 3 недели с момента завершения очередного курса ХТ в основной группе во всех контрольных точках не наблюдалось каких-либо токсических проявлений ХТ, в этот период времени и оценивались показатели КЖ.

В 3-й контрольной точке продолжается редукция симптомов заболевания: $13,3 \pm 5,2$ % в основной группе против $18 \pm 7,0$ % в контрольной группе. Данные изменения в основной группе можно объяснить максимальной реализацией лечебного действия

химиопрепаратов на оставшиеся опухолевые клетки и контролируемой токсичностью режима ХТ, а в группе контроля – отсутствием клинических и лабораторно-инструментальных признаков прогрессирования заболевания. В 4-й контрольной точке (основная группа – операция и 6 курсов ХТ, контрольная – 7,5 месяцев после операции и симптоматическая терапия) степень выраженности симптомов заболевания в основной группе продолжает снижаться до $9,4 \pm 5,4$ %, достигая максимально низкого уровня. В группе контроля, напротив, появление признаков прогрессирования заболевания определяют увеличение степени симптоматического неблагополучия до $21,5 \pm 7,0$ %. В большей степени симптомы заболевания выражены в контрольной группе. За счет быстрого темпа опухолевой прогрессии здесь наблюдается рост общего показателя до $34,1 \pm 7,6$ %. В основной группе симптомы заболевания менее выражены – $12,8 \pm 6,0$ %. Усиление симптомов заболевания в основной группе определяется как генерализацией основного заболевания, так и длительной послеоперационной ХТ (10 месяцев), ведущей к социальной и психологической дезадаптации пациентов.

Общий статус здоровья (ОСЗ) в обеих группах перед проведением лечения по семибалльной шкале больные оценивали как 3 и 4 балла. В основной группе этот показатель составлял $37,2 \pm 9,1$ %, в контрольной – $35,8 \pm 8,0$ % (рис. 15).

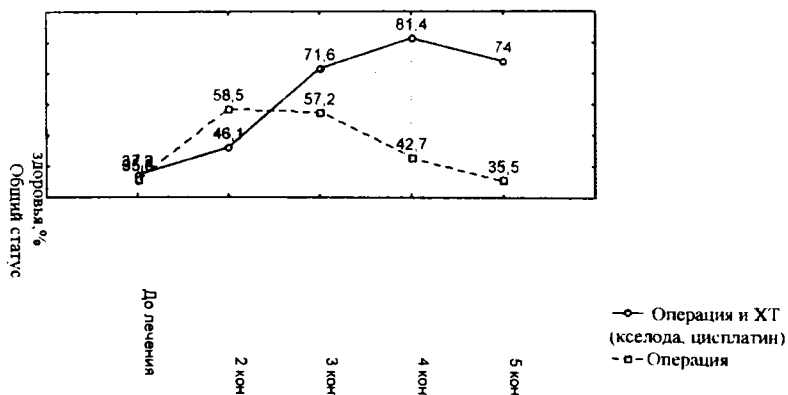


Рис. 15. Общий статус здоровья на этапах лечения в основной и контрольной группах.

В целом изменения общего статуса здоровья не противоречат показателям функциональной и симптоматической шкал. Как видно из приведенного графика, динамика показателей общего состояния здоровья на этапах лечения не противоречит данным функциональной и симптоматической шкал, что позволяет нам отдать предпочтение комбинированному методу лечения.

8.2. Качество жизни больных местно-распространенными формами рака молочной железы после комплексного лечения с применением нейтронно-фотонной терапии

Использование комплекса современных методов лечения (хирургического, химиотерапевтического, лучевого) позволило улучшить не только показатели выживаемости больных раком молочной железы, но и повысить их качество жизни.

Несмотря на интерес, который проявляют ученые к проблеме влияния различных методов лечения (химиотерапии, гормонотерапии, оперативного вмешательства) на организм пациентки, страдающей раком молочной железы, исследования по определению роли лучевой терапии, особенно плутонизирующего излучения (нейтронной терапии), в качестве жизни больных РМЖ остаются малочисленными. Некоторые исследователи обсуждают возможность негативного влияния нейтронной терапии на организм больной, особенно в отдаленные сроки наблюдения (Sigurdson A., Stovall M., Kleinerman R., 2002). Однако данные факты не имеют прямых доказательств и требуют проведения дополнительных исследований.

Одной из задач настоящего исследования явилось изучение качества жизни больных МР РМЖ $T_{2-4}N_{0-2}M_0$, получавших комплексное лечение с использованием предоперационной нейтронной терапии, в сравнении с пациентками, которым проводилась предоперационная ДГТ крупными фракциями, и контрольной группой без предоперационной лучевой терапии.

Общее состояние больных перед началом комплексного лечения было обусловлено, во-первых, наличием самого опухолевого заболевания, во-вторых, психоэмоциональным состоянием женщин, страдающих раком молочной железы. Исходные показатели общего состояния пациенток во всех изучаемых группах не имели значимых различий.

После завершения всех этапов комплексного лечения показатель общего состояния пациенток снизился – в группе исследования – на 11,0 % ($51 \pm 5,1$ балла), в группе сравнения – на 12,3 %

($50 \pm 7,9$ балла) и в группе контроля – на 19,0 % ($48 \pm 5,5$ балла). Через 6 месяцев после комплексного лечения с предоперационным курсом нейтронной терапии, также как и в группах сравнения и контроля, происходило незначительное повышение показателей общего состояния пациенток на 3—5 баллов (рис. 16).

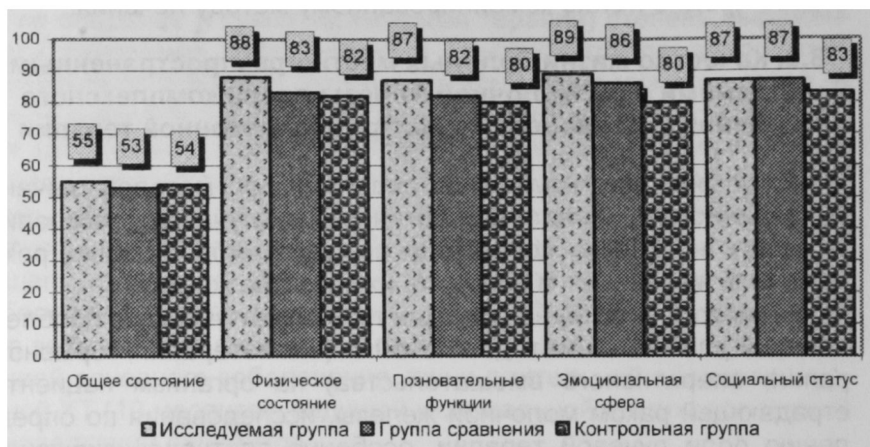


Рис. 16. Функциональные показатели у больных МР РМЖ через 6 месяцев после комплексного лечения с использованием различных видов лучевой терапии (%)

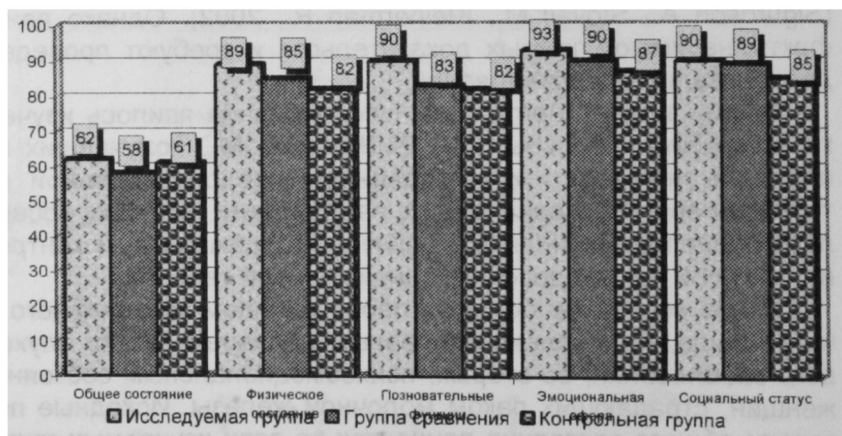


Рис. 17. Функциональные показатели у больных МР РМЖ через 1 год после комплексного лечения с использованием различных видов лучевой терапии (%)

Восстановление показателей общего состояния больных МР РМЖ до исходного уровня наблюдалось только через год после окончания комплексного лечения (рис. 17). Учитывая данные проведенного анкетирования, полученные количественные показатели и сравнительный анализ с другими изучаемыми группами, можно отметить, что применение нейтронной и нейтронно-фотонной терапии в комплексном лечении не усугубляло тяжести общего состояния пациенток и не препятствовало темпам восстановительного процесса.

Так, после окончания комплексного лечения физическое состояние пациенток исследуемой группы снижалось до $84 \pm 3,7$ балла (при исходном показателе $93 \pm 2,6$ балла), в группе сравнения – до $77 \pm 6,7$ балла (при исходном показателе $89 \pm 4,9$ балла) и в контрольной группе – до $80 \pm 6,3$ балла (при исходном показателе $88 \pm 3,6$ балла). Однако через 6 месяцев после комплексного лечения с предоперационным курсом нейтронной терапии в исследуемой группе, также как и в группах сравнения и контроля, наблюдалась положительная тенденция, свидетельствующая о восстановлении показателей физического состояния больных местно-распространенным раком молочной железы.

Изменение психозмоциональной сферы было одинаково выражено у женщин, страдающих раком молочной железы, во всех изучаемых группах. Следует отметить, что женщины до 40 лет, не состоящие в браке и без детей, чаще были подвержены депрессивным состояниям, в отличие от пациенток в возрасте менее 50 лет, замужних и многодетных. Однако использование нейтронной терапии в комплексном лечении не оказало негативного влияния на психозмоциональное состояние больных МР РМЖ, что подтверждается количественными показателями.

Изменение социального статуса больных раком молочной железы было отмечено во всех изучаемых группах. Следует отметить, что более 80 % пациенток, которые удовлетворительно перенесли комплексное лечение и имели длительный безрецидивный период (более семи лет), смогли вернуться к прежней трудовой деятельности.

Кроме функциональных параметров, в исследовании у больных МР РМЖ проводилась оценка симптомов, таких как утомление, тошнота, рвота, боль, бессонница, аппетит, при использовании в комплексном лечении различных видов лучевой терапии (рис. 18).

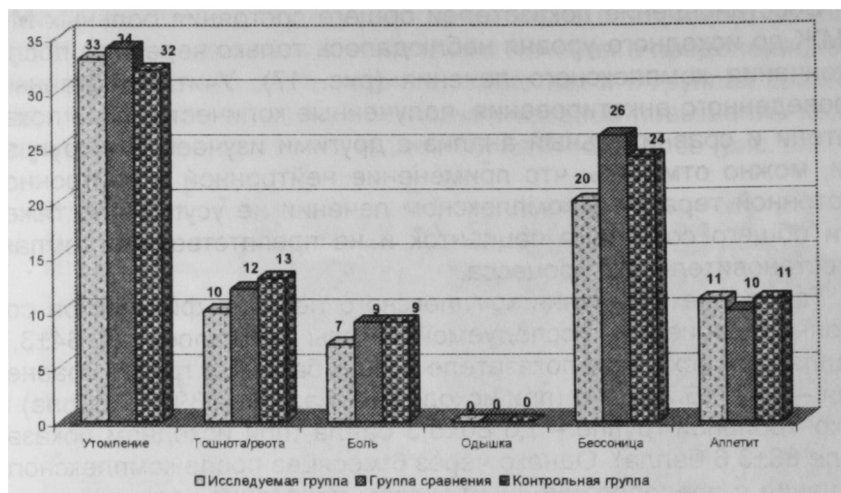


Рис. 18. Симптоматические показатели у больных МР РМЖ до начала комплексного лечения с использованием различных видов лучевой терапии (%)

Так, утомление до начала комплексного лечения отмечали все пациентки. После завершения всех этапов лечения больные МР РМЖ констатировали повышение утомляемости, но показатели незначительно превышали исходный уровень: в исследуемой группе изучаемый показатель составил $35 \pm 4,8$ балла (при исходном $33 \pm 4,7$), в группе сравнения – $36 \pm 7,6$ (при исходном $34 \pm 7,5$) и в группе контроля – $34 \pm 5,2$ (при исходном $32 \pm 5,1$) (рис. 18).

Через 6 месяцев после комплексного лечения отмечалось восстановление общего и физического состояния пациенток, поэтому жалобы на утомление фиксировались в единичных случаях у больных преимущественно пожилого возраста (свыше 60 лет). Через 1 год динамического наблюдения существенных изменений не происходило. Жалобы пациенток на тошноту, рвоту и снижение аппетита отмечались преимущественно после курсов системной полихимиотерапии и имели максимальные значения на этапе завершения комплексного лечения, по сравнению с другими контрольными точками. В отдаленный период наблюдения (через 6 месяцев и через 1 год) указанные симптомы были не выражены.

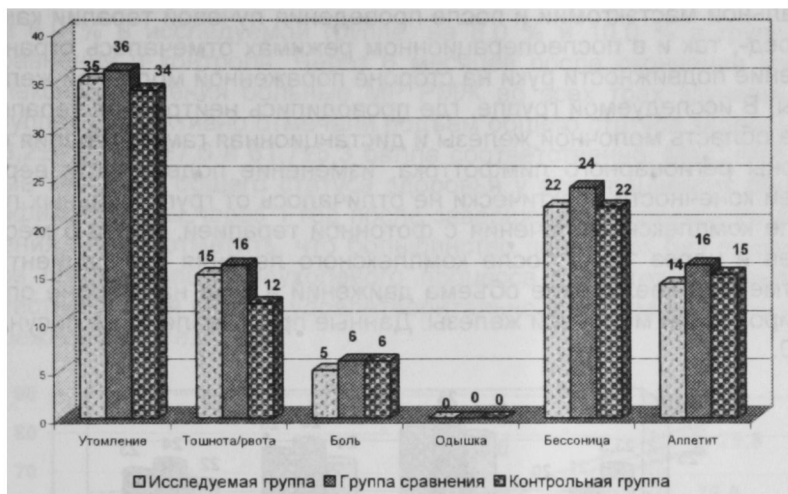


Рис. 19. Симптоматические показатели у больных МР РМЖ после окончания комплексного лечения с использованием различных видов лучевой терапии (%)

Болевой синдром у пациенток всех изучаемых групп был выражен до начала комплексного лечения и был обусловлен местно-распространенным опухолевым процессом. После окончания комплексного лечения обнаружено снижение болевого синдрома у больных МР РМЖ в исследуемой группе с предоперационным курсом нейтронной терапии, также как и в группах с использованием редкоионизирующего излучения. Через полгода после окончания лечения у пациенток сохранялись жалобы на дискомфортные ощущения в области послеоперационного рубца. В отдаленный период наблюдения у пациенток без признаков прогрессирования опухолевого процесса болевой синдром отсутствовал.

Жалобы на одышку не были отмечены ни у одной из пациенток в изучаемых группах, что говорит об отсутствии негативного влияния проведенного лечения, в частности лучевой терапии.

При изучении данных анкет специфичного для больных раком молочной железы опросника EORTC QLQ-BR 23 из всех симптомов хотелось бы выделить показатель, характеризующий ограничение подвижности руки на стороне хирургического вмешательства после комплексного лечения с различными видами лучевой терапии. У всех пациенток изучаемых групп после ради-

кальной мастэктомии и после проведения лучевой терапии как в пред-, так и в послеоперационном режимах отмечалось ограничение подвижности руки на стороне пораженной молочной железы. В исследуемой группе, где проводились нейтронная терапия на область молочной железы и дистанционная гамма-терапия на зоны регионарного лимфоттока, изменение подвижности верхней конечности практически не отличалось от групп больных после комплексного лечения с фотонной терапией. Через 6 месяцев и через 1 год после комплексного лечения все пациентки отмечали увеличение объема движений в руке на стороне оперированной молочной железы. Данные представлены на рисунке 20.



Рис. 20. Ограничение подвижности руки на стороне оперативного вмешательства у больных МР РМЖ после комплексного лечения с различными видами лучевой терапии (%)

Еще одним показателем, определяющим качество жизни, являлся общий статус здоровья (шкала EORTC QLQ-C30), который определяли сами пациентки после каждого из этапов лечения (рис. 21). Так, до начала комплексного лечения соответствовал $58,3 \pm 5,0$ балла, в группе сравнения – $52,7 \pm 7,9$ балла и в контрольной группе – $49,8 \pm 5,5$ балла. После завершения комплексного лечения все пациентки, независимо от вида применяемого ионизирующего излучения, при анкетировании отмечали снижение общего статуса здоровья

на 6,0 % в исследуемой группе, на 8,0 % и 10,0 % в группах сравнения и контроля. Через 6 месяцев после окончания комплексного лечения больные МР РМЖ во всех трех изучаемых группах субъективно отмечали подъем общего статуса здоровья: $66,2 \pm 4,8$, $64,8 \pm 7,6$ и $61,7 \pm 5,3$ балла соответственно. Максимальные значения общего статуса здоровья у всех пациенток были зафиксированы через 1 год после завершения комплексного лечения. Стоит отметить, что большинство пациенток без признаков генерализации опухолевого процесса в настоящее время чувствуют себя вполне удовлетворительно и смогли вернуться к прежней работе.

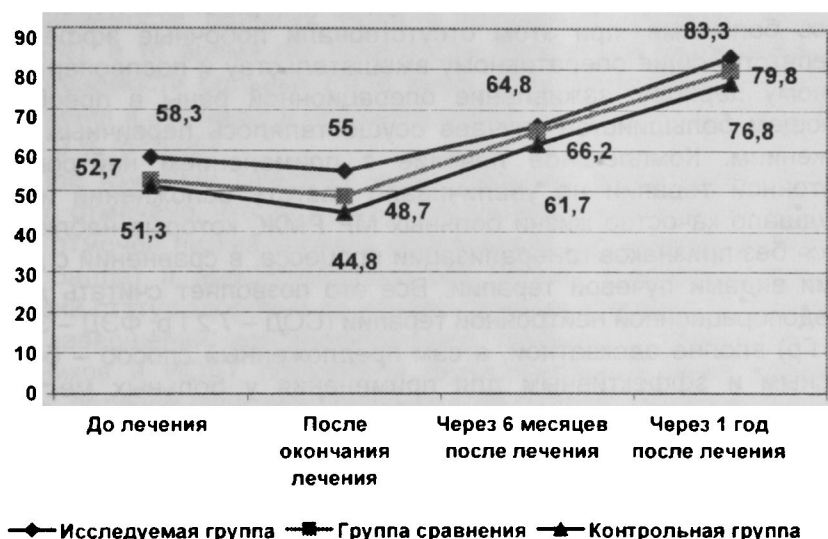


Рис. 21. Общий статус здоровья у больных МР РМЖ после комплексного лечения с использованием различных видов лучевой терапии (%)

Учитывая проведенный анализ данных, полученных с помощью анкет-опросников EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-BR23, можно сделать вывод, что проведение предоперационного курса нейтронной терапии на область молочной железы с последующей радикальной мастэктомией, дистанционной гамма-терапией на зоны регионарного метастазирования на фоне интенсивной полихимиотерапии в нео- и адъювантном режимах у больных МР РМЖ не увеличивало частоту и степень осложнений, связанных

с проведением комплексного лечения и не ухудшало качество жизни пациенток.

Таким образом, анализ отдаленных результатов лечения у больных первичным местно-распространенным раком молочной железы показал, что проведение нейтронной терапии в предоперационном периоде способствует наибольшему снижению частоты местных рецидивов опухоли и достоверному увеличению продолжительности безрецидивного периода. Кроме того, в группе пациенток с нейтронно-фотонной терапией была отмечена положительная тенденция повышения показателей общей выживаемости. Комплексное лечение с предоперационным курсом нейтронной терапии вполне удовлетворительно переносилось больными, при этом отсутствовали побочные эффекты, препятствующие оперативному вмешательству и послеоперационному периоду, заживление операционной раны в преобладающем большинстве случаев осуществлялось первичным натяжением. Комплексное лечение с применением нейтронно-фотонной терапии не увеличивало частоту осложнений и не ухудшало качество жизни больных МР РМЖ, которые наблюдаются без признаков генерализации процесса, в сравнении с другими видами лучевой терапии. Все это позволяет считать дозу предоперационной нейтронной терапии (СОД – 7,2 Гр, ФЭД – 38—40 Гр) вполне адекватной, а сам предложенный способ – безопасным и эффективным для применения у больных местно-распространенным раком молочной железы.

8.3. Качество жизни больных местно-распространенным раком шейки матки (2б—4а стадии) репродуктивного возраста как критерий оценки химиолучевого лечения

Более 90 % онкогинекологических больных репродуктивного возраста страдают симптомами «выпадения» функции яичников после перенесенного лечения. После выключения функции яичников возникает посткастрационный синдром, который характеризуется комплексом патологических симптомов – нейропсихических, вегетососудистых, обменно-эндокринных.

Для исследования больных местно-распространенным раком шейки матки (2б—4а стадии) репродуктивного возраста были сформированы 2 группы больных. Больные, получившие 2 курса химиотерапии и последующую лучевую терапию по радикальной программе (2 курса химиотерапии с перерывом 14 дней: циспла-

тин в дозе 75 мг/м² в 1-й день и гемцитабин в дозе 1250 мг/м² в 1-й и 8-й дни с последующим присоединением сочетанной лучевой терапии через 2 недели после окончания химиотерапии) составили исследуемую группу. В группу сравнения вошли пациентки, получившие курс сочетанной лучевой терапии по радикальной программе с использованием радиомодификации цисплатином в дозе 50 мг (курсовая доза 200 мг). Контрольная группа – пациентки, получившие только сочетанную лучевую терапию по радикальной программе. Анализ эффективности комбинированного метода лечения с ИОЛТ у больных раком шейки матки по сравнению со стандартной схемой лечения не выявил достоверных различий между показателями двухлетней общей выживаемости больных РШМ в изучаемых группах (100,0 и 83,6 %), в то время как показатель двухлетней безрецидивной выживаемости больных РШМ имел статистически достоверные различия и составил в основной группе 95,0 %, а в контрольной – 64,9 % ($p < 0,05$).

При изучении качества жизни больных раком шейки матки было отмечено, что на момент поступления в стационар у больных отмечен низкий уровень социального (37 баллов), ролевого (43 балла) и эмоционального (43 балла) функционирования. Общий статус здоровья до начала лечения составил 51,7 балла. По завершении комбинированного лечения с транспозицией яичников и ИОЛТ показатели функциональных шкал улучшились: ролевое функционирование – 50 баллов, эмоциональное – 48 баллов, наилучшая динамика наблюдалась по шкале социального функционирования – 57 баллов. Общий статус здоровья вырос до 61,7 балла.

При изучении КЖ больных через месяц после завершения лечения общее состояние здоровья достигло 71,7 балла. Показатели ролевого, эмоционального и социального функционирования составили соответственно 70, 60 баллов и 63 балла, что свидетельствует о психосоциальной компенсации пациенток во многом обусловленной сохраненной гормональной функцией у этих больных. В результате проведенного исследования были определены факторы, влияющие на качество жизни онкогинекологических больных репродуктивного возраста: 1) наличие соматических заболеваний; 2) объем противоопухолевого лечения; 3) побочные реакции и осложнения противоопухолевого лечения; 4) тяжесть климактерического синдрома; 5) психозмоциональное состояние.

8.4. Качество жизни больных со злокачественными новообразованиями околоушной слюнной железы на этапах комбинированного лечения

Развитие новых методов комбинированного лечения больных злокачественными новообразованиями околоушной слюнной железы и совершенствование реабилитационных мероприятий диктуют необходимость изучения КЖ у данной категории пациентов. Всего в исследование вошло 77 пациентов, из которых 35 мужчин и 42 женщины. Возраст пациентов варьировал от 24 до 77 лет (средний возраст 52 года). Наиболее часто злокачественные новообразования околоушной слюнной железы встречались в возрастном интервале от 41 до 63 лет. В зависимости от способа оперативного вмешательства больные были распределены на группу с функционально-щадящим лечением (группа I), где проводилась операция – паротидэктомия с препаровкой ствола и ветвей лицевого нерва, и группу, в которой оперативное лечение осуществлялось в объеме паротидэктомии с резекцией лицевого нерва (группа II). Вторым этапом лечения была лучевая терапия различными видами ионизирующего излучения. Третью группу составили больные, которым в связи с неоперабельностью процесса проводилось лучевое лечение, как с включением нейтронов, так и по стандартной методике, в самостоятельном варианте по радикальной программе.

Показатели 1-, 3- и 5-летней кумулятивной выживаемости при проведении комбинированного лечения с использованием функционально-щадящего оперативного вмешательства составили $89,2 \pm 5,8$, $78,4 \pm 7,8$ и $59,9 \pm 10$ %. В группе с традиционной методикой оперативного лечения эти показатели имели значения $67,6 \pm 10,8$, $45 \pm 11,7$ и $39,4 \pm 11,5$ %. Показатели безрецидивной выживаемости выше в группе с органосохраняющим лечением и составляют при сравнении с контролем $82,1 \pm 7,2$ и $63,2 \pm 11$ % на первом году. Через 3 и 5 лет: $52,6 \pm 9,5$ и $57,9 \pm 11,3$ %; $48 \pm 9,7$ и $52,6 \pm 11,5$ %.

Пациентам, получавшим органосохраняющее комбинированное лечение с послеоперационными курсами нейтронной, нейтронно-фотонной и нейтронно-электронной терапии, проводилась количественная оценка КЖ. Исследования выполнялись до начала комбинированного лечения, непосредственно после него и через 6 месяцев после завершения комбинированного лечения. Нами исследованы показатели общего состояния здоровья.

функциональные шкалы (физическое, эмоциональное и социальное функционирование) и симптоматические шкалы: речевая функция, питание, социальные контакты и открывание рта. Зафиксирована положительная динамика с 38,6 балла на момент начала лечения до 47,2 балла после окончания комбинированного лечения и 57,6 балла через 6 месяцев после окончания лечения.

Отмечается снижение показателей физического функционирования с 87,7 балла на момент начала лечения до 84,7 балла после окончания комбинированного лечения и восстановление показателей через 6 месяцев после окончания лечения до 89 баллов. Подобную динамику можно объяснить тем, что на первом этапе пациент истощен основным заболеванием и проводимым обследованием. Снижение показателей на этапе после лечения связано с проведенным оперативным вмешательством и лучевой терапией. Высокий показатель 3-й точки исследования свидетельствует о достаточно полном физическом восстановлении после лечения. Выявлены изменения эмоционального функционирования с 63,0 балла на этапе до лечения и 86,0 и 93,0 непосредственно после лечения и через 6 месяцев. Низкий показатель по шкале на первом этапе исследования можно объяснить наличием онкологической патологии и беспокойством и подавленностью в связи с диагнозом. Изучена динамика показателей социального функционирования. Снижение по шкале на этапах до и после лечения (72,3 и 75,2) связано с наличием опухолевого поражения, нарушениями функции мимической мускулатуры и связанным с этим косметическим дефектом лица. Через 6 месяцев функция мимической мускулатуры восстанавливалась, что находит отражение и в социальном функционировании на этот период – счет 100 баллов.

Показатели симптоматических шкал. Проведен анализ симптоматических шкал. В исследование были включены шкалы проблем с речью, питания, социальных контактов и открывания рта. При исследовании показателей по шкале проблем с речью выявлено увеличение проблем с момента начала лечения, к моменту завершения терапии с 3,7 до 5,7 балла. Такая динамика обусловлена тяжестью оперативного вмешательства и проявлениями пареза мимической мускулатуры различной степени дисфункции. Через 6 месяцев уровень проблемы снизился до 2 баллов, что соотносится со сроками восстановления явлений пареза мимической мускулатуры. По шкале социальных контак-

тов уровень проблемы составил на соответствующих этапах лечения 14,5, 11,4 и 4,2, балла, что также может свидетельствовать о нормализации функции мимической мускулатуры, отсутствии обезображивающих изменений внешности и соответственно более быстрой социальной адаптации больного. По шкале открывания рта выявлено уменьшение уровня проблемы с 38,5 на первом этапе до 5,5 балла через 6 месяцев после лечения. Небольшое различие на первых двух этапах исследования по данной шкале связано с тем, что до лечения помехой в открывании рта у пациентов являлось опухолевое поражение, наиболее часто располагавшееся в зачелюстной области, а непосредственно после лечения – явления рубцевания, лучевых реакций и пареза мимической мускулатуры. К шестому месяцу функция мимической мускулатуры восстанавливалась, лучевых реакций в этом периоде не наблюдалось, что отражается в положительной динамике по данной шкале.

Таким образом, при лечении по радикальной программе пациентов с неоперабельными формами злокачественных новообразований выявлено преимущество режимов с применением нейтронной терапии. 3-летняя общая выживаемость в данной группе больных составила $60,6 \pm 13,6$ %, 5-летняя – $48,5 \pm 15,3$ %, в группе контроля эти показатели составили $30 \pm 16,9$ и 0 %. Выполнение функционально-щадящего лечения больным злокачественными новообразованиями околоушной слюнной железы позволяет сократить сроки социально-трудовой адаптации и значительно улучшает качество жизни.

8.5. Качество жизни больных немелкоклеточным раком легкого при комбинированном и хирургическом лечении

Рак легкого в структуре онкологической заболеваемости и смертности в течение последних десятилетий в нашей стране прочно занимает лидирующие позиции. Представляются актуальными исследования по оптимизации методов комбинированного лечения немелкоклеточного рака легкого НМРЛ и изучению количественной оценки КЖ больных как интегрального показателя эффективности проводимой противоопухолевой терапии.

В исследование включены 67 больных НМРЛ III стадии, находившихся на лечении в торако-абдоминальном отделении ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, которые были разделены на две репрезентативные группы. Состав групп больных по полу, воз-

расту, локализации процесса, форме роста опухоли, стадии, морфологическому типу опухоли был идентичным. Соотношение заболевших мужчин и женщин в исследуемых группах составило 8:1. Средний возраст больных – $62 \pm 2,2$ года. Включение в группы проводилось методом «случай – контроль». Первую группу (основную) составили 35 больных, которым проведено комбинированное лечение: 2 курса неоадьювантной химиотерапии по схеме паклитаксел/карбоплатин и радикальная операция с ИОЛТ в дозе 15 Гр. Во второй группе (контрольной) – 32 пациента, которым выполнена радикальная операция. Основным методом оценки эффективности проводимого лечения, наряду с общей и безрецидивной выживаемостью, стало исследование КЖ больных на этапах комбинированного лечения. Исследование КЖ у больных НМРЛ III стадии проводилось в выбранные контрольные точки (табл. 13).

Таблица 13

**Контрольные точки исследования качества жизни
у больных основной и контрольной групп**

Точки	Группы больных	
ки	Неоадьювантная химиотерапия, операция, ИОЛТ	Радикальная операция
1-я	До лечения	До лечения
2-я	После 2 курсов химиотерапии перед операцией	–
3-я	На 14-е сутки после операции	На 14-е сутки после операции
4-я	Через 3 месяца после комбинированного лечения	Через 3 месяца после хирургического лечения
5-я	Через 1 год после комбинированного лечения	Через 1 год после хирургического лечения
6-я	Через 2 года после комбинированного лечения	Через 2 года после хирургического лечения

Полученные данные о качестве жизни сопоставлялись с эффективностью и результатами проведенного лечения.

Выявлено, что в обеих группах показатели функциональных шкал (физического, ролевого, эмоционального, познавательного и социального функционирования) были примерно одинаковы (табл. 14).

При исследовании качества жизни, наряду с функциональными шкалами, учитывалась степень выраженности основных симптомов рака легкого – слабость, боль, одышка и бессонница (табл. 15). Низкий уровень общего статуса здоровья был обусловлен симптоматикой основного заболевания и составил в основной группе $58,2 \pm 8,2$ %, в контрольной – $59,3 \pm 8,6$ %.

Таблица 14
Показатели функциональных шкал у больных НМРЛ III стадии
(EORTC QLQ-C 30) до лечения

Показатели	Группы больных	
	Неoadъювантная химиотерапия, операция, ИОЛТ (n=35)	Радикальная операция (n=32)
Физическое функционирование	84,6±6,1 %	84,3±6,1 %
Рольное функционирование	79,9±6,7 %	75,6±7,1 %
Эмоциональное функционирование	80,7±6,5 %	78,5±5,6 %
Познавательное функционирование	73,7±7,4 %	75,6±7,4 %
Социальное функционирование	82,6±6,4 %	81,7±6,2 %

Таблица 15
Показатели симптоматических шкал и общего статуса
здоровья у больных НМРЛ III стадии (EORTC QLQ-C30) до лечения

Симптомы	Группы больных	
	Неoadъювантная химиотерапия, операция, ИОЛТ (n=35)	Радикальная операция (n=32)
Слабость	32,9±7,8 %	33,2±8,2 %
Тошнота, рвота	3,0±2,8 %	1,0±0,7 %
Боль	29,9±7,7 %	28,7±7,9 %
Одышка	31,8±7,8 %	30,0±8,0 %
Бессонница	29,5±7,6 %	29,2±7,9 %
Общий статус здоровья	58,2±8,2 %	59,3±8,6 %

По модулю EORTC QLQ-LC13 оценивались такие симптомы заболевания как кашель, одышка, кровохарканье и боль, которые не нашли отражения в общем опроснике (табл. 16).

Таблица 16
Показатели симптоматических шкал у больных
НМРЛ III стадии (EORTC-LC13) до лечения

Симптомы	Группы больных	
	Неoadъювантная химиотерапия, операция, ИОЛТ (n=35)	Радикальная операция (n=32)
Кашель	49,6±8,3 %	51,0±8,8 %
Одышка	34,5±8,0 %	34,9±8,3 %
Кровохарканье	5,1±3,6 %	9,0±5,0 %
Боль	21,5±6,8 %	18,9±6,8 %

Полученные данные указывают на то, что в сравниваемых группах выраженность симптомов заболевания до лечения не отличалась ($p>0,05$).

Кашель в основной и контрольной группе был основным симптомом заболевания и составил $49,6 \pm 8,3$ и $51,0 \pm 8,8$ %. Вторым по значимости симптомом стала одышка, обусловленная гиповентиляцией или ателектазом пораженного легкого и составившая в основной группе $34,5 \pm 8,0$ %, в контрольной – $34,9 \pm 8,3$ %. Боль была связана с местно-распространенным опухолевым процессом: в основной группе – $21,5 \pm 6,8$ %, в контрольной – $18,9 \pm 6,8$ %. Кровохарканье наблюдалось чаще у больных контрольной группы – $9,0 \pm 5,0$ %, в основной группе этот показатель составил $5,1 \pm 3,6$ %. Таким образом, исходные показатели КЖ в сравниваемых группах определялись распространенностью процесса, формой роста опухоли и не выявили существенных различий по статусу общего здоровья, симптоматическим и функциональным шкалам, что дает основание считать группы репрезентативными и сопоставимыми по основным прогностическим критериям.

*Качество жизни больных после проведения 2 курсов
неoadъювантной химиотерапии*

После 2 курсов химиотерапии отмечено незначительное увеличение функциональных показателей: физического, ролевого, эмоционального и познавательного функционирования, что связано с непосредственным циторедуктивным эффектом противоопухолевых препаратов. Социальное функционирование снизилось с $82,6 \pm 6,4$ до $77,2 \pm 7,0$ %, что может свидетельствовать о дезадаптации больного вследствие длительного пребывания в стационаре и проведения курсов химиотерапии. Определяемое улучшение показателей общего статуса здоровья, физического, ролевого, эмоционального и познавательного функционирования напрямую коррелирует с динамикой снижения симптомов заболевания: боли, одышки и слабости (табл. 17).

Уменьшение основных симптомов заболевания произошло вследствие восстановления дренажной функции бронхиального дерева. Уровень бессонницы остается по-прежнему высоким и составляет $28,7 \pm 7,6$ %. Проведение химиотерапии сопровождалось гастроинтестинальными расстройствами и регистрировалось как статистически значимое увеличение показателя тошнота, рвота с $3,0 \pm 2,8$ до $18,2 \pm 6,4$ % ($p < 0,05$). В данный период наблюдения общий статус здоровья был на уровне $62,8 \pm 8,1$ %.

Таблица 17

Показатели симптоматических шкал и общего статуса здоровья у больных НМРЛ III стадии до начала и после завершения неoadъювантной химиотерапии (EORTC QLQ-C30)

Симптомы	Этапы лечения	
	До начала неoadъювантной химиотерапии	После завершения 2 курсов химиотерапии
Слабость	32,9±7,8 %	24,2±7,2 %
Тошнота, рвота	3,0±2,8 %	18,2±6,4 %*
Боль	29,9±7,7 %	3,8±3,1 %*
Одышка	31,8±7,8 %	27,2±7,4 %
Бессонница	29,5±7,6 %	28,7±7,6 %
Общий статус здоровья	58,2±8,2 %	62,8±8,2 %

Примечание * – Отличие от значения исходного показателя статистически значимо ($p < 0,05$).

Показатели симптоматических шкал по модулю EORTC-C13 также изменились: кашель, одышка и боль статистически значительно уменьшились после проведения 2 курсов неoadъювантной химиотерапии. Таким образом, несмотря на токсичность химиотерапии паклитаксел/карбоплатин, показатели КЖ после 2 курсов химиотерапии перед операцией улучшились по сравнению с исходными данными.

Качество жизни больных после хирургического лечения

В основной группе все показатели функциональных шкал были выше, по сравнению с контрольной группой, хотя статистической достоверности получено не было ($p > 0,05$). В обеих группах отмечается статистически значимое снижение физического и социального функционирования относительно 1-й контрольной точки ($p < 0,05$). При оценке функциональных шкал выявлены различия в группах больных в зависимости от объема оперативного вмешательства. После пневмонэктомий показатели физического функционирования были ниже, чем у пациентов после лобэктомий – 58,6±8,5 и 63,2±8,2 %, что связано с уменьшением объема легочной ткани. Такая же тенденция прослеживается по показателям ролевого, эмоционального, социального и познавательного функционирования, но статистической достоверности между группами с пульмонэктомиями и лобэктомиями получено не было ($p > 0,05$).

При анализе симптоматических шкал после хирургического лечения в обеих группах выявлено статистически значимое увеличение симптомов боли и одышки относительно 1-й контрольной точки из-за наиболее травматичного вида лечения – хирургического ($p < 0,05$). Нарастание слабости свидетельствует о недостаточном временном интервале, необходимом для адаптации организма.

У пациентов контрольной группы определялось статистически значимое увеличение бессонницы до $51,6 \pm 8,7$ % в сравнении с исходными показателями, что говорило о повышенной тревожности. В основной группе этот показатель был значительно ниже и составил $34,8 \pm 8,0$ % вследствие более позитивного психологического настроя пациентов, получивших многоэтапное лечение ($p < 0,05$).

*Динамика показателей качества жизни больных
НМРЛ III стадии после комбинированного
и хирургического лечения через 3 месяца, 1 и 2 года*

Через 3 месяца после лечения (4-я контрольная точка) в основной группе наблюдается увеличение относительно 3-й контрольной точки функциональных показателей: физического – $71,6 \pm 7,6$ %, эмоционального – $86,4 \pm 5,7$ % и познавательного – $85,0 \pm 6,0$ % (рис. 21).

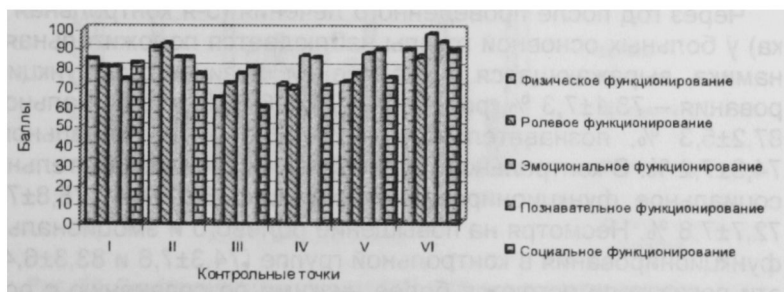


Рис. 21 Функциональные шкалы у больных раком легкого, получивших комбинированное лечение (EORTC QLQ-C30)

В контрольной группе (рис. 22) отмечен меньший прирост указанных показателей – $65,5 \pm 8,4$, $81,0 \pm 6,9$ и $84,3 \pm 6,2$ %. Однако уровни ролевого функционирования ($71,2 \pm 7,8$ %) и социальной адаптации ($83,4 \pm 6,5$) были выше по сравнению с основной груп-

пой – $69,5 \pm 7,6$ и $70,7 \pm 7,6$ %. Статистической достоверности не получено ($p > 0,05$). Это обусловлено возвращением к трудовой деятельности пациентов, получивших только радикальное хирургическое лечение. При этом показатели физического, ролевого функционирования в основной группе и физического функционирования в контрольной группе были значительно ниже исходных показателей и статистически значимы ($p < 0,05$).

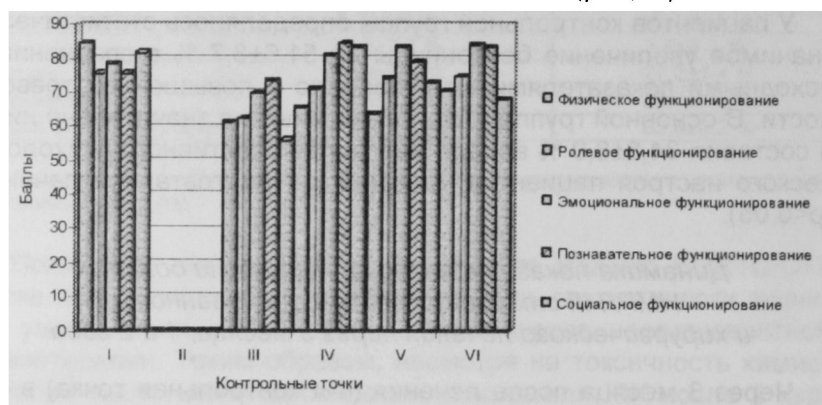


Рис. 22 Функциональные шкалы у больных раком легкого, получивших хирургическое лечение (EORTC QLQ-C30)

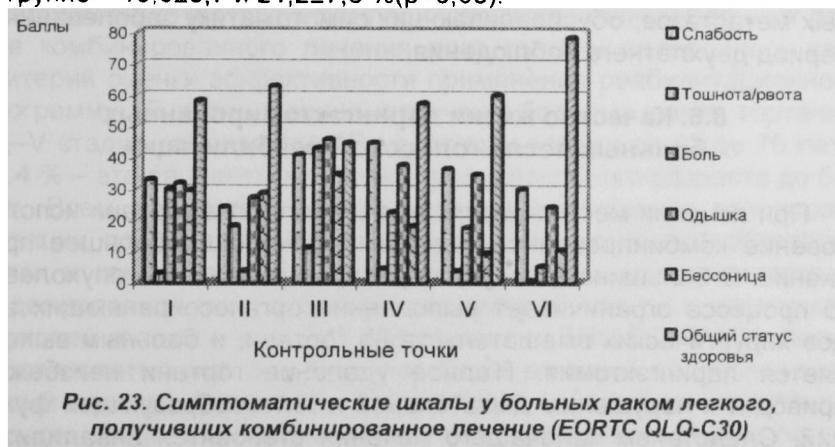
Через год после проведенного лечения (5-я контрольная точка) у больных основной группы наблюдается положительная динамика, выражающаяся в увеличении физического функционирования – $73,1 \pm 7,3$ %, ролевого – $77,4 \pm 6,9$ %, эмоционального – $87,2 \pm 5,3$ %, познавательного – $89,1 \pm 5,9$ % и социального – $74,9 \pm 7,2$ %. В контрольной группе физическое, познавательное и социальное функционирование составило $63,7 \pm 8,4$, $78,8 \pm 7,1$ и $72,7 \pm 7,8$ %. Несмотря на повышение ролевого и эмоционального функционирования в контрольной группе ($74,3 \pm 7,6$ и $83,3 \pm 6,4$ %), эти показатели остаются более низкими по сравнению с основной группой, но статистической достоверности не получено ($p > 0,05$). Познавательное функционирование в основной группе и физическое функционирования в контрольной группе были статистически значимо различимы по сравнению с исходными показателями (1-я контрольная точка) ($p < 0,05$).

В 6-й контрольной точке, соответствующей 2-м годам, у больных основной группы выявлено статистически значимое увеличение всех показателей функциональных шкал относительно

группы контроля ($p < 0,05$). Рост показателей КЖ в основной группе обусловлен социальной и физической адаптацией пациентов. Высокие функциональные показатели в группе с комбинированным лечением напрямую коррелируют с лучшими результатами общей и безрецидивной выживаемости по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$).

Оценка симптоматических шкал и общего статуса здоровья

При изучении симптомов выявлено, что через 3 месяца после лечения у пациентов обеих групп сохраняется слабость, обусловленная общей астенизацией (рис. 23). Этот симптом статистически значим в основной группе ($44,8 \pm 8,3$ %) относительно контрольной ($28,2 \pm 7,8$ %) ($p < 0,05$). Такие симптомы, как боль, одышка и бессонница, существенно не различаются в группах и по сравнению с 3-й контрольной точкой (на 14-е сутки после операции). Через 1 год в основной группе выявлено статистически значимое снижение боли ($17,6 \pm 6,4$ %) и бессонницы ($9,4 \pm 4,8$ %) относительно исходных показателей и значений в контрольной группе – $18,0 \pm 6,7$ и $21,2 \pm 7,6$ % ($p < 0,05$).



К 2 годам в основной группе продолжают снижаться симптомы слабости ($30,0 \pm 7,7$ %) и одышки ($24,3 \pm 7,2$ %). Боль достигает максимально низкого уровня за весь период наблюдения – $5,2 \pm 3,6$ %. Бессонница статистически значимо уменьшилась относительно исходных значений и составила $10,4 \pm 5,0$ % ($p < 0,05$). В контрольной группе через 2 года появилась тенденция к росту

степени симптоматического неблагополучия: показатель одышки составил $39,0 \pm 8,6$ %, бессонницы – $27,2 \pm 7,8$ %, боли – $20,0 \pm 7,0$ % за счет появления признаков прогрессирования заболевания.



Рис. 24. Симптоматические шкалы у больных раком легкого, получивших хирургическое лечение (EORTC QLQ-C30)

Максимальное значение общего статуса здоровья определялось у больных основной группы к 2 годам после комбинированного лечения ($78,2 \pm 6,7$ %) относительно группы контроля ($66,0 \pm 8,3$ %) ($p < 0,05$). Лучшие показатели КЖ в основной группе связаны с меньшим количеством местных рецидивов и отдаленных метастазов, обуславливающих симптоматику заболевания в период двухлетнего наблюдения.

8.6. Качество жизни ларингэктомированных больных после голосовой реабилитации

При лечении местно-распространенного рака гортани использование комбинированного метода получило наибольшее признание. В большинстве случаев распространенность опухолевого процесса ограничивает выполнение органосохраняющих видов хирургических вмешательств на гортани, и больным выполняется ларингэктомия. Полное удаление гортани неизбежно приводит к нарушению дыхательной и голосообразующей функций. Следствием калечащего лечения становятся инвалидизация и коммуникативная изоляция большого числа лиц трудоспособного возраста, потому что невозможность речевого общения порождает комплекс сложных психозомоциональных и нервно-психических отрицательных чувств, отягощающих состояние больного не меньше, чем сама опухоль.

В настоящее время произошло осознание того факта, что достижение высокого онкологического результата – это только один компонент лечения. Другой важной задачей являются реабилитация и социальная адаптация больных, нуждающихся в восстановлении утраченных функций. Приоритетным направлением современной онкологии становятся разработка высокотехнологичных методов лечения и внедрение новых методических подходов к голосовой реабилитации, направленных на повышение качества жизни больных. Совершенно оправданным является стремление ученых на современном уровне на стыке смежных дисциплин, комплексно решать проблему улучшения качества жизни онкологических больных, которое во многом зависит от того, насколько успешно прошел процесс голосовой реабилитации. Качество жизни воспринимается человеком индивидуально и выражается в субъективной оценке собственных чувств, переживаний, независимо от объективных изменений состояния здоровья, которые оценивает врач. Задача исследователя заключается в том, чтобы преобразовать качественные характеристики и личностные оценки в количественные эквиваленты и увидеть объективный результат проведенных лечебных и реабилитационных мероприятий.

Изучение качества жизни ларингэктомированных больных после комбинированного лечения рака гортани проводилось как критерий оценки эффективности применения реабилитационной программы. В исследование включены больные раком гортани, III—V стадии заболевания. Возраст варьировал от 40 до 70 лет, 70,4 % – это пациенты наиболее трудоспособного возраста до 60 лет. Всем пациентам проводилось восстановление голосовой функции по методике с применением биологической обратной связи и компьютерных технологий на основе математического моделирования голосообразования, разработанной в отделении опухолей головы и шеи ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН. Логовосстановительная терапия начиналась в ранний послеоперационный период, сразу после снятия швов и удаления носопищеводного зонда, а у больных с плановой фарингостомой после её пластики. Вопрос о начале логовосстановительной терапии решался совместно хирургом-онкологом, логопедом и психологом, при необходимости назначалась консультация психиатра. Эффективность восстановления голосовой функции составила 92,6 %. Сроки проведения голосовой реабилитации варьировали от 8 до 22 дней. После окончания логовосстановительной тера-

пии больные свободно общаются звучной речью в быту, 68,0 % пациентов возвращаются к прежнему социальному статусу, к трудовой деятельности.

Исследование качества жизни у ларингэктомированных больных проводилось в четырех контрольных точках: 1) до начала комбинированного лечения, после верификации диагноза, 2) после хирургического этапа комбинированного лечения, в начале этапа реабилитации, 3) после завершения реабилитационных мероприятий, 4) отдаленные результаты оценивались через 1 год после завершения голосовой реабилитации.

Физическое функционирование больных до начала комбинированного лечения составляло $77,95 \pm 8,0$ балла. Выполнение обширного хирургического вмешательства сказывалось на возможности больных выполнять работу, связанную с физической нагрузкой, поэтому у пациентов в послеоперационном периоде отмечались повышенная утомляемость, слабость и снижение показателя физического функционирования до $54 \pm 9,6$ балла. Проведение комплексных реабилитационных мероприятий, включающих восстановление голосовой функции, лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику, позволило улучшить физическое состояние в послеоперационном периоде до $62,6 \pm 9,3$ балла. Через 1 год после окончания голосовой реабилитации большинство пациентов не испытывали затруднений при выполнении работы, требующей значительных физических усилий, и этот показатель возрос до $80 \pm 7,7$ балла.

Наличие опухолевого процесса, ожидание калечащей операции существенно ухудшали эмоциональное состояние больных на дооперационном этапе, что снижало качество жизни до $62 \pm 9,3$ балла. Несмотря на тяжелый послеоперационный период (зондовое питание, общая слабость, невозможность голосового общения), больные отмечали уменьшение тревожности, подавленности, наблюдалось улучшение эмоционального функционирования до $64,2 \pm 9,2$ балла. После восстановления голосовой функции этот показатель повысился до $80,8 \pm 7,6$ балла, а в отдаленный срок исследования (через 1 год) – до $81,8 \pm 7,4$ балла.

Полное удаление гортани неизбежно приводит к потере трудоспособности и, как следствие, к инвалидности. При этом социальное функционирование пациента в послеоперационном периоде снижается более чем в 2 раза (с $88,9 \pm 6,0$ до $41,5 \pm 9,5$ балла). Возможность общения звучной речью в быту уменьшает проблемы, социальная активность возрастает, и после голосо-

вой реабилитации показатели социального функционирования увеличились до $79,6 \pm 7,7$, а через 1 год – до $83 \pm 7,2$ балла.

Аналогичную динамику можно наблюдать, анализируя показатели ролевого функционирования. На дооперационном этапе ролевое функционирование практически составляло $90 \pm 5,8$ балла, а после хирургического лечения значительно снизилось (до $49,2 \pm 9,6$ балла). После успешно проведенных реабилитационных мероприятий уменьшились ограничения при выполнении профессиональных обязанностей, при занятиях любимым делом и проведении свободного времени, ролевое функционирование улучшилось до $83,2 \pm 7,2$, через год после завершения голосовой реабилитации – до $85,6 \pm 6,8$ (рис. 25).

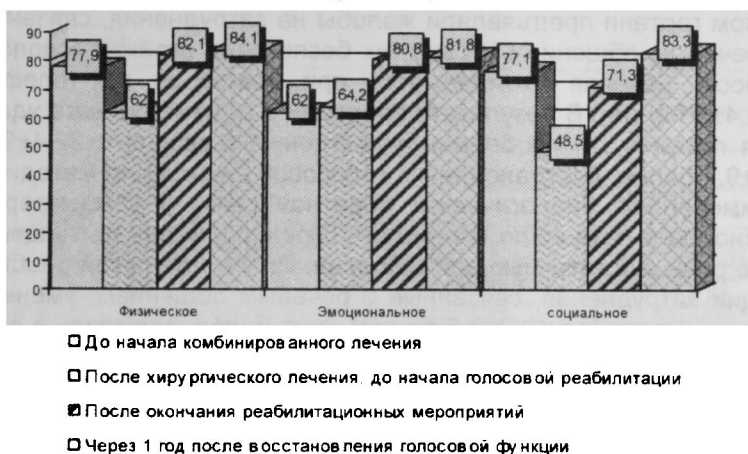


Рис. 25. Функциональные шкалы (физическое, эмоциональное, социальное функционирование). Общий опросник EORTC QLQ-C30 (version 3.0).

Примечание. $p < 0,05$ – Достоверность различий на этапах голосовой реабилитации.

При анализе симптоматических шкал получены следующие результаты: болевые ощущения беспокоили больных до начала комбинированного лечения ($51 \pm 9,6$ балла), в основном это боль в области гортани, боль при глотании пищи. В послеоперационном периоде пациенты предъявляли жалобы на боль в области послеоперационного рубца, особенно при проведении послеоперационного курса лучевой терапии ($34 \pm 9,1$ балла). После окончания голосовой реабилитации этот показатель составил

27,2±8,6 балла. Через 1 год больные редко предъявляли жалобы на болевой синдром, составивший 8,7±5,4 балла.

До начала комбинированного лечения отмечаются поперхивание и трудности при глотании жидкой и твердой пищи (27,8±8,6 балла). К началу логовосстановительной терапии этот показатель существенно не изменился и составил 26,9±8,5 балла. В 3-й контрольной точке (после окончания логовосстановительной терапии) указанные проблемы уменьшились до 15±6,9 балла. В отдаленные сроки, через 1 год, пациенты отмечали увеличение массы тела и связывали это с улучшением аппетита и восстановлением акта глотания (10±5,8 балла).

При поступлении в стационар, до начала лечения, больные раком гортани предъявляли жалобы на затруднения, связанные с речевым общением в быту, их беспокоили стойкая осиплость голоса, речевая утомляемость при разговоре по телефону (32,4±9 балла). В результате операции в объеме полного удаления гортани эти проблемы существенно возросли с 32,4±9 до 77±9,7 балла. Восстановление голосовой функции по методике с применением биологической обратной связи и компьютерных технологий позволило в короткий срок сформировать пищеводную речь, достаточную для общения. После голосовой реабилитации затруднения, связанные с речевым общением, уменьшились в 2 раза (до 43,2±9,5 балла), еще более снизились в отдаленный срок исследования (до 32±9 балла). Это свидетельствует о том, что голосовая реабилитация является тем единственным средством, которое дает возможность речевого общения.

Анализируя изменения показателей по шкале «социальные контакты», обнаружено, что проблемы при общении с членами семьи, другими людьми после проведенного хирургического лечения значительно увеличились – с 17,1±7,2 до 66±9,1 балла. Это обусловлено тем, что больной в послеоперационном периоде в быту мог общаться только шепотной речью или с помощью письма. Восстановление звучной речи больного позволило уменьшить проблемы с речевым общением до 35,7±9,2, а в 4-й контрольной точке (через 1 год после логовосстановительной терапии) до 27±8,5 балла.

Наличие одышки при незначительной физической нагрузке беспокоило пациентов до начала комбинированного лечения (52,2±9,6 балла). После ларингэктомии в раннем послеоперационном периоде наблюдалось нарушение дыхательной функции, так как после наложения трахеостомы трахея разобщается с

глоткой, верхние дыхательные пути укорачиваются на 15—17 см, выключается носовое и ротовое дыхание и происходит снижение показателей функции внешнего дыхания (Гузев А. Н., 1990). Дезорганизованное дыхание (частый вдох, резко укороченный выдох) существенно беспокоит больных в этот период ($25,7 \pm 8,4$ балла), поэтому логовосстановительная терапия включает комплекс упражнений дыхательной гимнастики, который позволяет за короткое время адаптироваться к новому типу дыхания через трахеостому. После реабилитационных мероприятий показатель проблем с дыханием снизился до $10,2 \pm 5,8$ балла, а в отдаленный срок исследования еще более улучшился до $8,1 \pm 5,3$ балла (рис. 26).

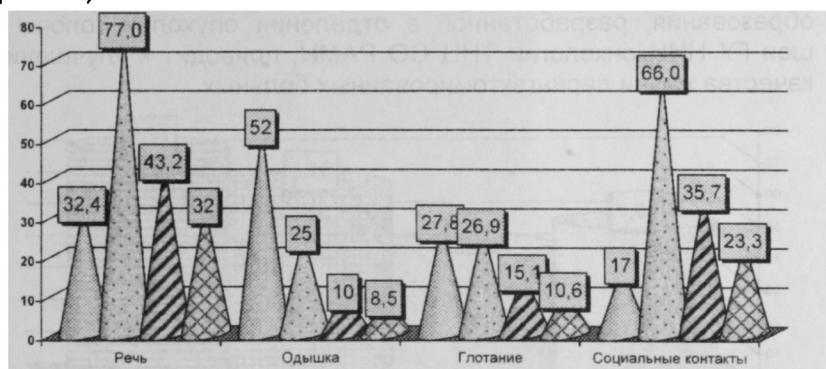


Рис. 26. Симптоматические шкалы (проблемы с речью, дыхание, глотание, общение в быту). Специфический опросник для больных опухолями головы и шеи QLQ-H&N35.

Примечание. $p < 0,05$ – Достоверность различий на этапах голосовой реабилитации.

Снижение общего статуса здоровья до $48,2 \pm 9,6$ балла обусловлено тяжестью онкологического заболевания и выраженностью функциональных расстройств, вследствие хирургического лечения данный показатель снижается до $41,5 \pm 9,5$ балла. К моменту завершения голосовой реабилитации общее состояние здоровья повысилось до $60,2 \pm 9,4$ балла, а в отдаленные сроки – до $72,5 \pm 8,6$ балла (рис. 27).

Изучение количественной оценки качества жизни больных свидетельствует о том, что после хирургического лечения, в начале этапа голосовой реабилитации отмечается ухудшение показателей по всем функциональным и симптоматическим шкалам, кроме шкалы «эмоциональное функционирование». После окончания реабилитационных мероприятий получено достоверное улучшение всех показателей, как по общему опроснику EORTC QLQ-C30 (version 3.0), так и по специфическому для больных опухолями головы и шеи QLQ-H&N35.

Использование методики восстановления голосовой функции с применением биологической обратной связи и компьютерных технологий на основе математического моделирования голосообразования, разработанной в отделении опухолей головы и шеи ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, приводит к улучшению качества жизни ларингэктомированных больных.

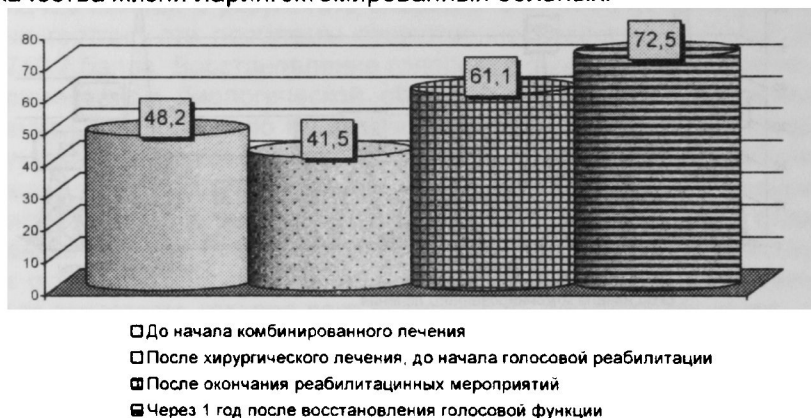


Рис. 27. Общий статус здоровья.
Общий опросник EORTC QLQ-C30 (version 3.0).

Примечание $p < 0,05$ – Достоверность различий на этапах голосовой реабилитации

Таким образом, исследования по оценке качества жизни онкологических больных позволили не только оценить показатели физического, психологического, социального, эмоционального функционирования, общего статуса здоровья, но и проследить динамику их состояния в процессе комбинированного лечения и проведения реабилитационной программы, а также позволили оценить эффективность проводимых мероприятий. В результате

проведенных исследований выявлено, что комбинированное лечение определяет более выраженный и длительный противоопухолевый эффект с улучшением показателей качества жизни. Динамика значений показателей физического, психологического, социального, эмоционального функционирования, общего статуса здоровья и симптоматических шкал свидетельствует о сопряженной зависимости показателей качества жизни от методов проводимого лечения. На основании данных о качестве жизни могут разрабатываться комплексные программы реабилитации онкологических больных.

Заключение

Развитие современного общества неизбежно сталкивается с проблемой всестороннего гармоничного психического, духовно-нравственного здоровья населения, качества его жизни. Здоровье является комплексной составляющей качественного существования, становления и развития, гармоничного равновесия физиологических, психических и социальных аспектов как личности, так и всего общества. Особенно эти позиции важны в онкопсихиатрии, где наиболее рельефно отображаются все составляющие здоровья. Резюмируя все исследования, изложенные в данной монографии, можно с уверенностью констатировать, что пациенты с онкопатологией нуждаются в психореабилитационных мероприятиях. Направленность психотерапевтического воздействия должна складываться из информационной работы (обучающие программы), эмоциональной и практической поддержки, снижения дистресса.

Успешная психореабилитация зависит от следующих позиций. 1) помощь в осознании основного диагноза («диагноз не вердикт»); 2) социальная поддержка (семья, группы само- и взаимоподдержки); 3) качественная профессиональная психологическая коррекция, психотерапевтическая и психиатрическая помощь. Большую роль в психореабилитации пациентов играют образовательные программы, на которых корректно, доступно проводится разъяснение сути и основных концепций развития онкологического заболевания. На занятиях обучаются релаксирующим техникам: аутотренинг, медитации, наведенный транс и формируется профилактическая стратегия (повышение собственной ответственности за свое здоровье, собственная стратегия работы с болезнью, предписанное лечение, питание, физические упражнения).

Важным в психореабилитации пациентов с онкозаболеваниями является организационная модель специализированной помощи этим пациентам. Огромное значение имеет достационарный этап, на котором осуществляются диагностические процедуры и одновременно определяется уровень психического здоровья. Следующий этап – госпитальный, на котором онкологами совместно с психиатрами (психотерапевтами) проводятся лечебные программы. Третий этап осуществляется через месяц после выписки, его составляющими являются выявление нарушений и коррекция эмоционального состояния пациентов. Первые 3 этапа проводятся на базе ГУ НИИ онкологии при участии сотрудников ГУ НИИ психического здоровья. Следующий этап

это психотерапевтическая и психокоррекционная работа на базе Межведомственного центра ГУ НИИ психического здоровья. Формы работы различны – это открытая психокоррекционная группа, на которой 1 раз в месяц корректируется психическое состояние бывших пациентов, обсуждаются жизненные приоритеты, установки, возможности рецидива болезни. Проводится и индивидуальная психотерапия с решением вопросов о фармакокоррекции анксиолитиками или антидепрессантами. Этот этап длится от полугода до полутора лет. Одновременно проводится работа по включению пациентов в общественную организацию «Вместе против рака». Основной задачей этой организации является объединение усилий отдельных лиц, а также общественных организаций России с целью создания условий для организации и проведения в стране реальной и эффективной профилактической и просветительной противораковой работы среди населения, для защиты интересов онкологических больных и их родственников, а также психозмоциональной и социальной реабилитации и улучшения качества жизни онкологических больных после лечения.

Превентивная работа с онкопациентами складывается из следующих позиций: 1) позитивная визуализация; 2) пошаговое преодоление психологических проблем; 3) активная поведенческая позиция; 4) зрелое отношение к себе и окружающим; 5) религиозность; 6) формирование бойцовского духа; 7) позитивное отношение к жизни (уход от фатализма, депрессии, невезучести); 8) занятия благотворительностью. Эта работа проводится котерапевтично – психиатрами (психотерапевтами) совместно с онкологами и способствует восстановлению здоровья в физическом, психологическом и социальном наполнении.

Физический уровень здоровья – способность противостоять условиям внешней, чаще всего неблагоприятной среды, восстановление после оперативного вмешательства и собственное ощущение здорового организма.

Психологический уровень здоровья – это своеобразие индивидуального склада, структуры личности, способность человека оптимально адаптироваться к изменяющимся условиям жизни. Мобилизация психологических факторов устойчивости обеспечивает усиление личностных ресурсов индивида.

Социальный уровень здоровья – это возможность реализации интеллектуального, образовательного потенциала, формирова-

ние культурного и исторического пространства, способность человека к созидательной активности, творчеству.

Динамические показатели качества жизни – одна из оценочных категорий современных психотехнологий, позволяющих эффективно преодолевать патологические способы реагирования, оказать пациенту помощь в решении многообразных проблем психического здоровья и внутриличностного душевного дискомфорта, упрочнении служебной карьеры, позитивном изменении внутрисемейных, бытовых и производственных отношений. В свою очередь, интегративная оценка качества жизни является важным дополнением при диагностике и коррекции личностных девиаций в структуре онкопсихиатрии.

Работа с пациентами на поздних стадиях онкологического процесса показывает, что необходима фармакологическая и психологическая коррекция психического состояния. Социальные позиции реабилитации направлены на улучшение взаимоотношений между родственниками, друзьями, врачами.

Комплексная реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями, осуществляемая сибирскими учеными, позволила оптимизировать восстановление пациентов после операций, преодолеть психологические барьеры в виде мифов и неправильных умозаключений относительно злокачественных новообразований, вернуться к активной социальной жизни, профессиональной деятельности и семье.

Литература

1. *Аверьянова С. В.* Особенности психологических реакций женщин, больных раком молочной железы, на лекарственную терапию // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1999. – № 2. – С. 49—50.
2. *Аверьянова С. В.* Психоиммунологические особенности больных раком молочной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2000. – № 1—2. – С. 79.
3. *Аверьянова С. В., Самсонова Д. В.* Личностно-ориентированный подход к информированию больных раком молочной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2001. – № 2—3. – С. 58.
4. *Александр Ф., Селесник Ш.* Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней. – М. : Прогресс-Культура, Изд-во Агентство «Яхтсмен», 1995. – 608 с.
5. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М., 2002. – 231 с.
6. *Алясова А. В.* Коррекция психических расстройств у больных злокачественным лимфомами // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1999. – № 2. – С. 50.
7. *Асеев А. В., Васютков В. Я.* Алекситимия – возможный психологический предшественник рака молочной железы // Маммология. – 1995. – № 2. – С. 15—19.
8. *Асеев А. В.* Психологические проблемы, связанные с раком молочной железы: обзор // Клиническая медицина. – 1993. – № 3. – С. 30—34.
9. *Афанасьева З. А.* Комплексная диагностика, лечение и реабилитация больных раком щитовидной железы : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Казань, 2005. – 44 с.
10. *Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В.* Психогенные реакции у онкологических больных : метод. рекомендации. – Л., 1983. – 33 с.
11. *Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В., Цейтина Г. П.* О медико-психологической работе в онкологических учреждениях : метод. рекомендации. – Л., 1987. – 21 с.
12. *Баранов В. С., Баранова Е. В., Иващенко Т. Э., Асеев М. В.* Геном человека и гены «предрасположенности» (введение в предиктивную медицину). – СПб. : Интермедика, 2000. – 272 с.
13. *Барыльник Ю. Б., Гуревич Г. И., Кром В. Л., Лившиц Л. Я.* Психо- и психофармакотерапия в комплексном лечении больных с онкологическими заболеваниями // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1999. – № 2. – С. 50.

14. Барышников А. Ю. Принципы и практика вакцинотерапии рака // Современное состояние и перспективы развития экспериментальной и клинической онкологии : материалы Рос. научно-практ. конф., посвященной 25-летию НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (24—25 июня 2004 г.). — Томск : Изд-во НТЛ, 2004. — С. 56—57.
15. Берёзкин Д. П., Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В. и др. Медико-психологические аспекты в онкологической клинике // Реабилитация онкологического больного : сб. науч. тр. — Л., 1979. — С. 62—74.
16. Берёзкин Д. П., Зырянова Н. Т. О перспективах психосоматических исследований в онкологии. Психогигиенические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976. — С. 117.
17. Березкин. Д. П., Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В. и др. Реабилитация онкобольного. — Л., 1979. — С. 62—74.
18. Векслер И. Г. Психотропные средства и их роль в комбинированной лекарственной терапии злокачественных образований // Экспериментальная онкология. — 1983. — Т. 5, № 5. — С. 46—65.
19. Великолуг А. Н. Психотерапевтические аспекты реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Архангельск, 2000.
20. Великолуг А. Н., Овчарова В. В., Великолуг Т. И. Психологический статус онкологических больных как фактор патогенеза // Паллиативная медицина и реабилитация. — 1998. — № 2—3. — С. 166.
21. Ганцев Ш. Х., Юлдашев В. Л., Рахматуллин А. Г., Рахматуллина И. Р. Прогнозирование психических расстройств у онкологических больных // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2001. — № 2. — С. 56.
22. Гарганеева Н. П., Дорохова Т. А. Психосоматический подход в онкологии // Проблемы современной онкологии : материалы юбил. конф. НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН. — Томск : Изд-во STT, 1999. — С. 59.
23. Герасименко В. Н., Артюшенко Ю. В., Амирасланов А. Т. и др. Реабилитация онкологических больных. — М., 1988. — 87 с.
24. Гнездилов А. В. Психогенные реакции у онкологических больных : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1988. — 23 с.
25. Гнездилов А. В., Губачев Ю. М. Терминальные состояния и паллиативная терапия : учебно-метод. пособие. — СПб., 2000. — 64 с.
26. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. — 2001. — № 1. — С. 5—6.

27. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь : пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов. – СПб. : «Речь», 2002. – 162 с.
28. Громова А. Л., Яковлева В. В., Николаева Е. С., Сундеева З. Г. Информированность женщин старшей возрастной группы по основным вопросам индивидуальной профилактики рака молочной железы // Проблемы диагностики и лечения рака молочной железы : материалы III междунар. ежегод. конф. – М., 2006. – С. 23—25.
29. Гузев А. Н. Структурно-динамический анализ и принципы патогенетической терапии пограничных нервно-психических расстройств в онкологической практике : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1990. – 25 с.
30. Гут В. Г. Нервно-психические расстройства при доброкачественных опухолях матки и яичников (клинико-динамический и реабилитационный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1987.
31. Гуткевич Е. В., Рядовая Л. А., Иванова С. А., Семке В. Я. Разнородные признаки психических расстройств в семьях // Состояние психического здоровья населения Восточной Сибири : материалы межрегион. научно-практ. конф., посвященной 50-летию кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской ГМА (Чита, 20—21 сентября 2007 г.) / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке, проф. Н. В. Говорина. – Томск; Чита, 2007. – С. 69—72.
32. Гуткевич Е. В., Семке В. Я. Медико-генетические основы превентивной психиатрии. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2004. – 319 с.
33. Гуткевич Е. В., Якутенок Л. П., Лебедева В. Ф., Шабунова С. Н., Гуткевич Е. А. Роль функционального питания в комплексной терапии психических расстройств // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : материалы XIII науч. отчет. сессии ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (Томск, 4 октября, 2007 г.) / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск : Изд. ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, 2007. – Вып. 13. – С. 39—41.
34. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 г. // Вестник Рос. онкологического науч. центра им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2006. – Т. 17, № 3. – Приложение 1.
35. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. – М., 2004.
36. Дмитриев Л. Б., Телелева Л. М., Таптапова С. Л., Ермакова И. И. Фониатрия и фонопедия. – М. : Медицина, 1990. – 270 с.

37. Дремова Н. Б., Литвинова Т. М. Формирование концепций фармакологической помощи больным раком молочной железы // Курский научно-практ. вестник «Человек и его здоровье». – 2001. – № 7. – С. 9—15.
38. Дунаевский В. В., Шеломенцов Ю. А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – Л. : Медицина, 1985. – С. 184.
39. Дурнев А. Д. Профилактика индуцированного мутагенеза : материалы V съезда Рос. общества мед. генетиков // Мед. генетика. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 181.
40. Жукова Л. Г. Современные подходы к лечению метастатического рака молочной железы // Вместе против рака. – 2006. – № 1. – С. 6—12.
41. Завизион В. Ф., Коссэ В. А., Ольхов О. Г. и др. Влияние объема оперативного лечения опухолей молочной железы на психологическое состояние и качество жизни больных // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – № 2. – С. 17—20.
42. Завизион В. Ф., Ольхов О. Г., Коссэ В. А. Оценка уровня тревожности онкологических больных в предоперационном периоде и его коррекция // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1995. – № 3. – С. 87—91.
43. Завизион В. Ф., Косэ В. А., Ольхов О. Г., Безрук Н. Г. Влияние объема оперативного лечения опухолей молочной железы на психологическое состояние и качество жизни больных // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – № 2. – С. 17.
44. Зотов А. С., Белик Е. О. Мастопатии и рак молочной железы. – М. : МЕДпресс-Информ, 2005.
45. Зотов П. Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, организация паллиативной помощи) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2005.
46. Зотов П. Б., Уманский С. М., Новиков Г. А. Суицидальные действия больных распространенными формами злокачественных новообразований // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2000. – № 3. – С. 45—46.
47. Иванов Л. Н., Музяков В. В., Лебедев Л. Д. Сравнительная оценка и реабилитация психозмоционального состояния больных раком молочной железы после радикального лечения в зависимости от объема операции // Вопросы онкологии. – 1998. – № 4. – С. 447—449.

48. Иванов С. В., Шафигуллин М. Р., Сгилиди И. С. и др. Эфевелон (венлафаксин) в терапии депрессивных расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 31—36.
49. Ионова Т. И., Новик А. А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Вопросы онкологии. – 2000. – Т. 2., № 1—2.
50. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. – Л., 1984. – 216 с.
51. Карпухин А. В. Молекулярно-генетические особенности наследственных форм ряда частых онкологических заболеваний : материалы V съезда Рос. общества мед. генетиков // Мед. генетика. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 199.
52. Киселев А. В., Баранов А. Н., Баранов В. С. Генная терапия: состояние проблемы и перспективы // Молекулярно-биологические технологии в медицинской практике / под ред. А. Б. Масленникова. – Новосибирск : Альфа Виста, 2003. – Вып. 3. – С. 49—74.
53. Коваленко С. П. Персонифицированный подбор лекарственных препаратов при онкологических заболеваниях // Молекулярно-биологические технологии в медицинской практике / под ред. А. Б. Масленникова. – Новосибирск : Альфа Виста, 2003. – Вып. 4. – С. 158—165.
54. Комкова Е. П. Нервно-психические расстройства у онкологических больных на различных этапах лечения (лечебно-реабилитационные аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2006.
55. Комкова Е. П., Кокорина Н. П., Магарилл Ю. А. Особенности психики онкологических больных на терминальной стадии заболевания // Клинические и реабилитационные аспекты экзогенно-органической патологии головного мозга : сб. материалов научно-практ. конф. Сибирского федерального округа с междунар. участием. – Томск, Кемерово, 2006. – С. 147—149.
56. Корчагина Е. Л., Казубская Т. П., Сазонова М. А., Амосенко Ф. А., Гарькавцева Р. Ф. Роль наследственной предрасположенности в возникновении рака толстой кишки : материалы V съезда Рос. общества мед. генетиков // Мед. генетика. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 209.
57. Куденцова Г. В. Научное обоснование управленческих решений по коррекции онкоситуации в сельских районах (на примере Курской области) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2007.
58. Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни и психическое здоровье. – Томск : РАСКО, 2004. – 121 с.

59. Курочкина Е. Н., Беликина Е. В., Курочкина О. Н. Психоонкология и ее место в программе подготовки врачей-онкологов // Материалы 3-й Всерос. научно-практ. конф. – М., 2004. – Ч. 3. – С. 56—59.
60. Лебедев И. Н., Назаренко С. А. Эпигенетические модификации генома и рак // Молекулярно-биологические технологии в медицинской практике / под ред. А. Б. Масленикова. – Новосибирск : Альфа Виста, 2003. – Вып. 4. – С. 150—157.
61. Летягин В. П. Стратегия лечения больных ранним раком молочной железы (по материалам Европейской школы онкологии) // Маммология. – 2006. – № 1. – С. 86—87.
62. Любченко Л. Н., Поспехова Н. И., Попов А. А., Османова Л. И., Брюзгин В. В., Карпухин А. В., Гарькавцева Р. Ф. Наследственные формы рака молочной железы и/или яичников: ДНК-диагностика, клиничко-молекулярная патология и медико-генетическое консультирование : материалы V съезда Рос. общества мед. генетиков // Мед. генетика. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 220—221.
63. Ляхович В. В., Коваленко С. П. Молекулярно-генетические подходы в современной онкологии – реальности и перспективы // Молекулярно-биологические технологии в медицинской практике / под ред. А. Б. Масленикова. – Новосибирск : Альфа Виста, 2007. – Вып. 11. – С. 3—7.
64. Марилова Т. Ю. Особенности мотивационной сферы у онкобольных : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1984. – 22 с.
65. Мельниченко Н. И., Ковшова О. С. Психологическое консультирование и психотерапия онкологических больных // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1999. – № 2. – С. 53.
66. Менделевич В. Д., Менделевич Д. М. Позитивная психотерапия в комплексном лечении онкологических больных // Современные методы диагностики и лечения. – Казань, 1993. – Ч. 3. – С. 79—81.
67. Музаффарова Т. А., Поспехова Н. И., Сачков И. Ю., Кузьминов А. М., Гинтер Е. К., Карпухин А. В. Обнаружение и характеристика новых мутаций в гене APC при семейном аденоматозном полипозе : материалы V съезда Рос. общества мед. генетиков // Мед. генетика. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 233.
68. Мягова И. В., Пилипенко А. С., Кобзев В. Ф., Юдин Н. С., Чердынцева Н. В., Ромащенко А. Г., Воевода М. И. Частоты носителей дупликации 12 п. н. в 20-м интроне гена BRCA1 у русских женщин с заболеваниями молочной железы : материалы V съезда Рос. общества мед. генетиков // Мед. генетика. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 234.

69. Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб. : ЭЛБИ, 1999.
70. Новиков Г. А., Осипова Н. А., Блинов Н. И. Паллиативная помощь онкологическим больным. – М., 2000.
71. Опенко Т. Г., Чухрова М. Г., Тинькова Л. Н. Личностные особенности и выживаемость больных злокачественными новообразованиями // Современная психотерапия в медицинской практике : материалы научно-практ. конф. (Новокузнецк, 25—26 апреля 2007 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Томск, Новокузнецк, 2007. – С. 200—204.
72. Орел Н. Ф. Рак молочной железы и колоректальный рак – потенциально излечимые хронические заболевания // Материалы X Рос. онкологического конгресса. – М. : Изд. группа РОНЦ им. Блохина РАМН, 2006. – С. 69—70.
73. Перчаткина О. Э., Семке В. Я., Гуткевич Е. В. И др. Истерические состояния (клинико-генетический и реабилитационный аспекты) : метод. рекомендации / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 2004. – 23 с.
74. Петрова Г. В., Старинский В. В. Злокачественные новообразования в Сибирском федеральном округе // Современное состояние и перспективы развития экспериментальной и клинической онкологии : материалы Рос. научно-практ. конф., посвященной 25-летию НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (24—25 июня 2004 г.). – Томск : Изд-во НТЛ, 2004. – С. 185—188.
75. Пуляева М. В., Стражева А. С. Социально-психологический анализ самоубийств у онкологических больных и наркоманов // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1999. – № 2. – С. 53.
76. Плохов В. Н., Семенченя В. А. Индивидуальный подход к реабилитации больных раком молочной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2001. – № 2—3. – С. 60.
77. Полковникова Р. В., Кондаков А. В. Реабилитация женщин с онкозаболеваниями молочной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2001. – № 1—2. – С. 59.
78. Попова М. С., Тапталова С. Л. Реабилитация больных с нервно-психическими нарушениями, возникающими после экстирпации гортани // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1985. – № 2. – С. 909—913.
79. Психиатрическая помощь населению Томской области // Статист. сб. – Томск, 2004. – 30 с.
80. Ромасенко В. А., Скворцов К. А. Нервно-психические нарушения при раке. – М. : Медицина, 1981. – 315 с.

81. Ромасенко Л. В., Хлебникова Л. Ю. Клиническая картина атипичных (маскированных) депрессивных расстройств у больных в общей медицинской практике // XIV съезд психиатров России. – М., 2005. – С. 145.
82. Русина Н. А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Мир психологии. – 2002. – № 4. – С. 152—160.
83. Семке В. Я. Превентивная психиатрия. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. – 403 с.
84. Семке В. Я. Клиническая персонология. – Томск : Изд-во РАСКО, 2001. – 376 с.
85. Семке В. Я., Гузев А. Н. Актуальные проблемы онкопсихиатрии : региональный и профилактический аспекты // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. – М., 1990. – С. 237—239.
86. Семке В. Я., Гузев А. Н. Теоретико-методологические проблемы современной онкопсихиатрии // Психосоматические расстройства. – Тарту : Изд-во Тарт. ун-та, 1990. – С. 238—247.
87. Семке В. Я., Гузев А. Н. Системный подход к анализу пограничных нервно-психических расстройств в онкологической практике // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1991. – Вып. 5. – С. 47—51.
88. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Казённых Т. В. Персоналогический уровень качества жизни // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 2. – С. 29—30.
89. Семке В. Я., Судаков В. Н., Ланская Т. А. Принципы диагностики и реабилитации больных с патологическим развитием личности экзогенно-органического генеза : метод. рекомендации. – Томск, 1986. – 22 с.
90. Семке В. Я., Одарченко С. С. Пограничная геронтопсихиатрия. – Томск : Изд-во Том. ун-та, , 2005. – 290 с.
91. Семке В. Я. Теоретические и организационно-методические аспекты реабилитации и предупреждения инвалидности при пограничных состояниях. // Актуальные вопросы реабилитации психических больных и профилактика их инвалидизации. – Томск, 1986. – С. 63—65.
92. Семке В. Я., Балацкая Л. Н. Психотерапевтическая реабилитация онкологических больных // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – 2007. – Вып. 13. – С. 84—87.
93. Сметанникова Н. А., Сметанникова М. А., Белязская В. А., Савкин И. В., Денисова Д. В., Устинов С. Н., Максимов В. Н., Болотнова Т. В., Шабалин А. В., Воевода М. И. Опухлеоассоциированный

- полиморфизм гена p53 у долгожителей Новосибирской и Тюменской областей // Современное состояние и перспективы развития экспериментальной и клинической онкологии : Материалы Рос. научно-практ. конференции, посвященной 25-летию НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (24—25 июня 2004 г.). — Томск : Изд-во НТЛ, 2004. — С. 234—236.
94. *Смирнова Л. П., Слонимская Е. М., Кондакова И. В., Глушенко С. А.* Связь активности антиоксидантных ферментов с течением и прогнозом новообразований молочной железы // Современное состояние и перспективы развития экспериментальной и клинической онкологии : материалы Рос. научно-практ. конф., посвященной 25-летию НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (24—25 июня 2004 г.). — Томск : Изд-во НТЛ, 2004. — С. 236—237.
95. *Смулевич А. Б.* Депрессии в общемедицинской практике. — М.: Изд-во «Берег», 2000. — 160 с.
96. *Таптапова С. Л.* Восстановление звучной речи у больных после резекции или удаления гортани. — М. : Медицина, 1985. — 91 с.
97. *Таптапова С. Л.* Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса. — М. : Просвещение, 1984. — 110 с.
98. *Терентьев И. Г., Алясова А. В., Трошин В. Д.* Нервно-психические расстройства у больных раком молочной железы. — Нижний Новгород, Изд-во НГМА, 2004. — 271 с.
99. *Терещенко И. В.* Злокачественные опухоли верхних отделов дыхательного и пищеварительного тракта (генетико-эпидемиологическое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 1993. — 23 с.
100. *Трапезников Н. Н., Аксель Е. М.* Статистика злокачественных заболеваний в России и странах СНГ. — М., 2001.
101. *Тхостов А. Ш.* Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях : автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1980. — 24 с.
102. *Урядницкая Н. А.* Психологическая саморегуляция у детей с онкологической патологией : автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1998.
103. *Холланд Д. С., Леско Л., Фрейдин Ю. Л., Школовский-Корди Н. Е.* Опыт введения в современную психоонкологию // Независимый психиатр. журн. — 1995. — № 4. — С. 9—17.
104. *Чердынцева Н. В., Гервас П. А., Белявская В. А., Севостьянова Н. В., Коломиец С. А., Слонимская Е. М., Бабышкина Н. Н., Ста-*

- хеева М. Н., Уразова Л. Н. Воевода М. И. Онкоассоциированный полиморфизм кодона 72 гена р53 в опухолях различной локализации у пациентов Западно-Сибирского региона // Современное состояние и перспективы развития экспериментальной и клинической онкологии : материалы Рос. научно-практ. конф., посвященной 25-летию НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (24—25 июня 2004 г.). – Томск : Изд-во НТЛ, 2004. – С. 288—289.
105. Чердынцева Н. В., Слонимская Е. М., Литвяков Н. В., Стахеева М. Н., Бабышкина Н. Н., Гарбуков Е. Ю., Малиновская Е. А., Денисов Е. В., Дорошенко А. В., Красулина Н. А. Механизмы опухолевой прогрессии: роль геноа апоптоза и цитокинов // Молекулярно-биологические технологии в медицинской практике / под ред. А. Б. Масленникова. – Новосибирск: Альфа Виста, 2007. – Вып. 11. – С. 28—39.
106. Чойнзонов Е. Л., Писарева Л. Ф., Чердынцева Н. В. и др. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в регионе Сибири и Дальнего Востока. Состояние онкологической службы и пути ее улучшения // Бюллетень СО РАМН. – 2004. – № 2 (112). – С. 41—47.
107. Чойнзонов Е. Л., Мухамедов М. Р., Кицманюк З. Д., Демочко В. Б., Балацкая Л. Н., Волков Ю. М., Радченко И. П. 25-летний опыт лечения больных раком гортани (по материалам отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН за 1979—2003 гг.) // Современное состояние и перспективы развития экспериментальной и клинической онкологии : материалы Рос. научно-практ. конф., посвященной 25-летию НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (24—25 июня 2004 г.). – Томск : Изд-во НТЛ, 2004. – С. 299—300.
108. Чулкова В. А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 1999.
109. Чухрова М. Г., Поспелова Т. И., Тинькова Л. Н. Психотерапия при онкологической патологии // Современная психотерапия в медицинской практике : материалы научно-практ. конф. (Новокузнецк, 25—26 апреля 2007 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Томск, Новокузнецк, 2007. – С. 304—307.
110. Шарова О. Н., Важенин А. В. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и механизмы психологической защиты // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2000. – № 4. – С. 34—36.
111. Шевченко Ю. А. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России // Исследование качества жизни в медицине : материалы Всерос. конф. с междунар. участием. – СПб., 2000. – С. 3—21.

112. Шмалько Ю. П. Роль стрессорных факторов в метастазировании злокачественных опухолей : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Киев, 1988. – 43 с.
113. Moorey S., Greer S., Bliss J., Law M. A. Comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counseling in patients with cancer // *Psychooncology*. – 1998. – V. 7, № 3. – P. 63.
114. Achte K. A., Vauhkomen M. Z. Karzinom und Psyche // *Hipporretes*. – 1969. – V. 40, № 14. – P. 535–540.
115. Askanas I. Huposis with cancer patients // *Psycho-Oncology*. – 1998. – V. 7, № 3. – P. 186.
116. Baquet C. R., Commiskey P. Socioeconomic factors and breast carcinoma in multicultural women // *Cancer*. – 2000. – V. 88. – P. 1256–1264.
117. Balboni T. A., Vanderwerker L. C., Block S. D. et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patient and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life // *J. Clin. Oncology*. – 2007. – Feb. – V. 25, № 5. – P. 555–560.
118. Bodurka-Bevers D., Basen-Engquist K., Carmack C. L. et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer // *Gynecol Oncol*. – 2000. – V. 78, № 3. – Pt 1. – P. 302–308.
119. Chaefer H. Die Begriffe «psychogenen» und «vegetativ». // *Munchh. med. Wschr*. – 1986. – Bd. 128, № 41. – P. 693–694.
120. Chiaramella A., Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment // *Psycho-Oncology*. – 2001. – V. 10. – P. 156–165.
121. Cunningham A. J. From neglect to support to coping; the evolution of cancer patients // *Stress and breast Cancer*. – 1998. – P. 135–154.
122. Dahlquist L. M., Czyzewski D. I., Copeland K. G. et al. Parents of children newly diagnosed with cancer: anxiety, coping, and marital distress // *J. Pediatr. Psychol*. – 1993. – V. 18, № 3. – P. 365–376.
123. Farragher B. Mental disorders after diagnosis and treatment of early breast cancer // *Ir. J. Mtd. Sci*. – 1998. – Jul.—Sep. – V. 167, № 3. – P. 166–169.
124. Feinberg A. Methylation meets genjims // *Nat. Genet*. – 2001. – V. 27. – P. 9–10.
125. Gil Nuno P., Albuquerque E., Vilao O. Use of psychotropic drugs in palliative cancer care: A retrospective Study // *Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology*. – 2006. – V. 15, № 2. – P. 154.

126. Goldberg R. J., Gullen L. O. Use of psychotropics in cancer patients // Psychosomatics. – 1986. – V. 27, № 10. – P. 687–700.
127. Grassi L., Sabato S., Rossi E. et al. Depressive and anxiety disorders among cancer patients: Screening methods by using the distress thermometer compared to the ICD-10 // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – V. 15, № 2. – P. 169.
128. Greer S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks // Psychooncol. – 1994. – V. 3. – P. 87–102.
129. Hahn R. C., Petitti D. B. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-rated depression and the incidence of breast cancer // Cancer. – 1988. – Vol. 61. – P. 845–848.
130. Holland J., Lesso L., Holland J. C. Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities // Psycho-Oncology. – 1992. – V. 1, № 1. – P. 1–13.
131. Jacobsen P. B., Sadler I. J., Booth-Jones M. et al. Predictors of post-traumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer // J. Consult. Clin. Psychol. – 2002. – V. 70, № 1. – P. 235–240.
132. Kapo J., Morrison L. J., Liao S. Palliative Care for the Older Adult // Journal of Palliative Medicine. – 2007. – V. 10, № 1. – P. 185–209.
133. Karlsson H. E. Concepts and methodology of psychosomatic research: facing the complexity // Ann. Med. – 2000. – Jul. – V. 32, № 5. – P. 336–340.
134. Khalil M. Y., Grandis J. R., Shin D. M. Targeting epidermal growth factor receptor: novel therapeutics in the management of cancer // Expert. Rev. Anticancer. – 2003. – V. 3, № 3. – P. 367–380.
135. Kim S. J., Yi C. H., Kwon O. Y. Effect of complex decongestive therapy on edema and the quality of life in breast cancer patients with unilateral lymphedema // Lymphology. – 2007. – Sep. – V. 40, № 3. – P. 143–151.
136. Li C. I., Anderson B. O., Daling J. R. et al. Changing incidence of lobular carcinoma in situ of the breast // Breast. Cancer Res. Treat. – 2002. – V. 75, № 3. – P. 259–268.
137. Li C. I., Malone K. E., Porter P. L. et al. Relationship between long durations and different regimens of hormone therapy and risk of breast cancer // JAMA. – 2003. – V. 289, № 24. – P. 3254–3263.
138. Li C. I., Daling J. R., Malone K. E. Age-specific incidence rates of in situ breast carcinomas by histologic type, 1980 to 2001 // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2005. – V. 14, № 4. – P. 1008–1011.

139. *Mallinger J. B., Griggs J. J., Ghields C. G.* Family communication and mental health after breast cancer // *Eur. J. Cancer Care*. – 2006. – Sep. – V. 15, № 4. – P. 355—361.
140. *Marsden S. C.* What's a picture // *Psycho-Oncology*. – 1998. – V. 7, № 1. – P. 63.
141. *Miller K. E., Adams S. M., Miller M. M.* Antidepressant medication use in palliative care // *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. – 2006. – V. 23, № 2. – P. 127—133.
142. *Novic K. L., Nimmich I., Genc B. et al.* Epigenomics: Genome-wide study of methylation phenomena // *Curr. Issues Mol. Biol.* – 2002. – V. 4. – P. 111—128.
143. *Periyakoil V. S., Hallenbeck J.* Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life // *Am. Fam. Physician*. – 2002. – V. 65. – P. 883—890.
144. *Prins A.* Therapeutiques agressives du sein et sexualite // *Contracep. – fertil. sex.* – 1985. – V. 13. – P. 205—210.
145. *Passik S. D.* Integrative Psychopharmacology for symptom management // *Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology*. – 2006. – V. 15, № 2. – P. 69.
146. *Payn D. K., Lundberg J. C., Brennan M. F., Holland J. C.* A psychosocial intervention for patients with soft tissue sarcoma // *Psycho Oncology*. – 1997. – V. 6, № 1. – P. 65—71.
147. *Pugliese P., Nisi E., Garufi C., Caruso A., Di Giandomenica F., Terzoly E.* The impact of psychological intervention on anxiety and depression in advanced colorectal cancer patients submitted to chemotherapy // *Psycho-Oncology*. – 1998. – V. 7, № 3. – P. 170.
148. *Shimozuma K., Ganz P. A., Petersen L., Hirji K.* Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery // *Breast Cancer Res Treat.* – 1999. – V. 56, № 1. – P. 45—57.
149. *Sirois F.* Psychosis as a mode of exitus in a cancer patient // *J. Palliat. Care*. – 1993. – V. 9, № 4. – P. 16—18.
150. *Steils W., Herman J. M., Geigges W.* Stacionahre psychosomatische Concepts // *Munch. Med. Wschr.* – 1988. – Bd. 130, № 16. – P. 309—311.
151. *Sullivan M. D.* Hope and Hopelessness at the End of Life // *Am. J. Geriatric Psychiatry*. – 2003. – V. 11. – P. 393—405.
152. *Trask P. C.* Assessment of depression in cancer patients // *J. Nat. Cancer Inst. Monogr.* – N. Y., 2004. – P. 80—92.

153. Tross S., Hendon J., Korzun A. et al. Psychological symptoms and disease-free and overall survival in women with stage II breast cancer and leukemia group // Brit. J. Nation. Cancer. Instit. – 1996. – Vol. 88. – P. 661–667.
154. Van der Lee M. L., Van der Bom J. G., Swarte N. B. et al. Euthanasia and Depression: A Prospective Cohort Study among Terminally Ill Cancer Patients // J. Clinical Oncology. – 2005. – V. 23, № 27. –Sept. – P. 6607–6612.
155. Watson M., Ramirez A. Psychological factors in cancer prognosis / C. L. Cooper, M Watson (eds.) // Cancer and Stress. – Chichester : Wiley, 1991.
156. Zonderman A. B., Costa P. T., McCrae R. R. Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample // JAMA. – 1989. – Vol. 262. – P. 1191–1195.

Оглавление

Предисловие	5
Введение	7
Глава 1. ЗАДАЧИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕВРАЗИЙСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ СОМАТОПСИХИАТРИИ	9
Глава 2. ИСТОРИЧЕСКИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПАРАДИГМЫ ОНКОПСИХИАТРИИ (совместно с Е. В. Гуткевич)	19
Глава 3. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОГРАНИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	35
3.1. Состояние и динамика нервно-психических расстройств у больных опухолями головы и шеи	43
3.2. Принципы реабилитации больных опухолями головы и шеи с пограничными нервно-психическими расстройствами	52
Глава 4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕВРОТИЧЕСКОЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	57
Глава 5. ЛИЧНОСТНАЯ ДИАГНОСТИКА В ОНКОПСИХИАТРИИ (совместно с Е. М. Слонимской, О. А. Бехер)	69
Глава 6. КЛИНИКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯ (совместно с Н. П. Кокориной, П. Б. Зотовым, Е. П. Комковой)	102
Глава 7. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И КОРРЕКЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ В ПСИХООНКОЛОГИИ (совместно с Е. М. Слонимской, О. А. Бехер)	127
Глава 8. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	145
8.1. Оценка качества жизни при комбинированном лечении рака желудка IV стадии	148
8.2. Качество жизни больных местно-распространенными формами рака молочной железы после комплексного лечения с применением нейтронно-фотонной терапии	153
8.3. Качество жизни больных местно-распространенным раком шейки матки (2б—4а стадии) репродуктивного возраста как критерий оценки химиолучевого лечения	160
8.4. Качество жизни больных со злокачественными новообразованиями околоушной слюнной железы на этапах комбинированного лечения	162
8.5. Качество жизни больных немелкоклеточным раком легкого при комбинированном и хирургическом лечении	164
8.6. Качество жизни ларингэктомированных больных после голосовой реабилитации	172
Заключение	180
Литература	183
	197

Foreword	5
Introduction	7
Chapter 1. TASKS AND PERSPECTIVES OF EURASIAN COLLABORATION IN THE FIELD OF SOMATOPSYCHIATRY	9
Chapter 2. HISTORIC AND CONTEMPORARY PARADIGMS OF ONCOPSYCHIATRY (jointly with E. V. Gutkevich)	19
Chapter 3. CLINICAL-DYNAMIC ANALYSIS OF BORDERLINE PATHOLOGY IN ONCOLOGICAL PRACTICE	35
3.1. State and dynamic of neuro-mental disorders in patients with tumors of head and neck	43
3.2. Principles of rehabilitation of patients with tumors of head and neck with borderline neuro-mental disorders	52
Chapter 4. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF NEUROTIC AND ONCOLOGICAL PATHOLOGY	57
Chapter 5. PERSONALITY DIAGNOSIS IN ONCOPSYCHIATRY (jointly with E. M. Slonimskaya, O. A. Bekher)	69
Chapter 6. CLINIC OF NEURO-MENTAL DISORDERS AT LATE STAGES OF A CANCER DISEASE (jointly with N. P. Kokorina, P. B. Zotov, E. P. Komkova)	102
Chapter 7. PSYCHOTHERAPEUTIC AND CORRECTIVE PROGRAMS IN PSYCHOONCOLOGY (jointly with E. M. Slonimskaya, O. A. Bekher)	127
Chapter 8. QUALITY OF LIFE AS ASSESSMENT OF EFFICACY OF TREATMENT AND REHABILITATION OF CANCER PATIENTS	145
8.1. Assessment of quality of life in combined treatment of cancer of stomach at stage IV	148
8.2. Quality of life of patients with locally-distributed forms of cancer of breast after complex treatment with application of neutron-photon therapy	153
8.3. Quality of life of patients with locally-distributed cervical cancer (2b-4a stages) at reproductive age as a criterion of assessment of chemical-radiation treatment	160
8.4. Quality of life of patients with malignant tumors of parotid saliva gland at the stages of combined treatment	162
8.5. Quality of life of patients with non-small-cell cancer of a lung in combined and surgical treatment	164
8.6. Quality of life of laryngectomy patients after voice rehabilitation	172
Conclusion	180
References	183

Научное издание

**Валентин Яковлевич Семке
Евгений Лхамациренович Чойнзонов
Ирина Евгеньевна Куприянова
Лидия Николаевна Балацкая**

**РАЗВИТИЕ
СИБИРСКОЙ ПСИХООНКОЛОГИИ**

Редактор И. А. Зеленская

Подписано в печать 14.08.2008 г.

Формат 60х84¹/₁₆.

Бумага офсетная № 1.

Печать офсетная.

Печ. л.12,44; усл. печ. л.11,57; уч.-изд. л.11,97.

Тираж 500. Заказ № 982

ОАО «Издательство ТГУ», 634029, ул. Никитина, 4

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»
634009, г. Томск, Октябрьский взвоз, 1
Тел. (382-2)-51-32-95, тел./факс (382-2)-51-24-20
E-mail: mail@if.tomsk.ru

