

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

На правах рукописи

УДК УДК 616.441 – 006 (575.25)

БУРГОВА МИНОВАР НЫШАНОВНА



**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ШЕЙКИ
МАТКИ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ**

14.01.12 – онкология

Диссертация

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

д. м. н., профессор
Жумабаев А.Р.

Бишкек 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	2-3
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5-11
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	12-38
1.1. Проблема распространенности рака шейки матки в мире.....	12-14
1.2. Аспекты паллиативной терапии и качество жизни при раке шейки матки	14-18
1.3. Психологические и социальные проблемы паллиативной помощи при раке шейки матки	19-38
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	39-48
2.1. Общая характеристика обследованных лиц и структура исследования.....	39-40
2.2. Методы исследования.....	41-42
2.2.1. Целевая аудитория.....	42-43
2.2.1. Размеры выборки и отбор участников.....	43-44
2.2.3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).....	44-45
2.2.4. Шкала самооценки уровня реактивной и личностной тревожности (тест Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина).....	45-47
2.2.5. Анкета-опросник.....	47-48
ГЛАВА 3. СОСТОЯНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	49-58
3.1. Социально-демографические и клинические характеристики пациенток раком шейки матки.....	49-58
ГЛАВА 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.....	62-85
4.1. Изучение уровня тревоги и депрессии с использованием опросника Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).....	59-65

4.2. Результаты исследования, полученные при применении Шкалы самооценки Спилбергера – Ханина.....	65-69
4.3. Результаты исследования, полученные с использованием Анкеты-опросника	70-71
4.4. Результаты исследований психологических расстройств больных с запущенным раком шейки матки фертильного возраста и находящихся в состоянии постменопаузы.....	71-77
4.5. Динамика психологического статуса больных РШМ по госпитальной шкале тревоги и депрессии.....	77-82
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	82-90
ВЫВОДЫ.....	90-91
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	91
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	92-105
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	106-110

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ДИ – доверительный интервал

ЛТ – лучевая терапия

ЛУ – лимфатические узлы

МАИР – Международное Агентство по изучению рака

НАХТ – неoadьювантная химиотерапия

НЦОГ МЗ КР – Национальный центр онкологии и гематологии
Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики

ОВ – общая выживаемость

ОМОЦО МЗ КР – Ошский межобластной центр онкологии Министерства
Здравоохранения Кыргызской Республики

ОП – операция

ОР – относительный риск

ОШ – отношение шансов

ПХТ – полихимиотерапия

РШМ – рак шейки матки

ХЛТ – химиолучевая терапия

ХТ – химиотерапия

ASR – age standardized rate (показатель заболеваемости по возрасту)

CIN – cervical intraepithelial neoplasia

CIS – carcinoma in situ (рак на месте)

ВВЕДЕНИЕ

Рак шейки матки (РШМ) – одна из наиболее частых злокачественных опухолей женских половых органов. По данным ВОЗ ежегодно в мире раком шейки матки болеет более 500 000 женщин (79 % из них приходится на развивающиеся страны). Ежегодно в мире от РШМ умирает около 300 000 женщин [Ferlay J., et al., 2019]. Более 85% случаев РШМ возникло в странах с низким и средним уровнем дохода или среди бедных и маргинализованных общин в странах с высоким уровнем дохода, и это была наиболее распространенная причина смерти от рака в странах Африки к югу от Сахары [Rudd P., et al., 2017; Maree J.E., et al., 2020].

В мире РШМ занимает 2-е место (после рака молочной железы) в структуре онкологической патологии у женщин. В развивающихся странах РШМ занимает 1-е место в структуре заболеваемости новообразованиями женских гениталий. В Африке, Центральной и Южной Америке, Азии (за исключением Японии) на долю РШМ приходится 20-30% всей онкологической патологии у женщин [Shulman L.N., et al., 2014; Rudd P., et al., 2017]. В экономически развитых странах РШМ занимает 3-е место в структуре заболеваемости женщин опухолями половых органов после рака тела матки и яичников [Hong S., et al., 2020]. Самая низкая заболеваемость РШМ отмечается в Китае (2,6 случаев на 100 000 женщин) [Arbyn M., et al., 2020].

В настоящее время рак шейки матки – наиболее распространенное злокачественное заболевание у женщин, особенно в слабо развивающихся странах или в государствах с низким и средним уровнем дохода. Связано это в первую очередь, с высокой частотой распространения вируса папилломы человека (ВПЧ) [Maree J.E., et al., 2014; Kelly H., et al., 2018].

Ежегодно в странах Европейского союза диагностируется более 25000 случаев возникновения РШМ и около 12000 смертельных исходов от этого заболевания, что превышает число смертей от СПИДа и гепатита-В. При

этом обращает на себя особое внимание рост числа больных РШМ среди женщин моложе 50 лет, в среднем на 3% в год. Такое же положение дел отмечено у молодых женщин в возрастной группе до 40 лет, с особенно заметным повышением заболеваемости РШМ в группе женщин до 29 лет, составляющим 2,1 % в год.

Раку шейки матки длительное время может предшествовать цервикальная интраэпителиальная неоплазия различной степени выраженности (CIN- I; CIN- II; CIN- III). Кроме того, существует значительный (до 2 - 3 лет) «скрытый» период времени, необходимый для перехода преинвазивного рака в инвазивный. Лечение начальной стадии заболевания предотвращает инвазию опухоли. Переход преинвазивного рака шейки матки в микроинвазивный сопровождается быстрым ростом опухоли, что может привести к гибели больной в течение 2 - 3 лет [Покуль Л.В., 2015; Роговская С.И. и др., 2016; Shrestha G. et al., 2020].

Остающаяся до сих пор нерешенной в настоящее время проблема ранней диагностики опухолей шейки матки приводит к тому, что больные поступают в лечебные учреждения в III – IV стадиях заболевания [Николаева Н.В., 2006; Рязанкина А.А., 2016; Sung UkL., et al., 2017; Lee K.B., et al., 2018].

Паллиативная помощь является неотъемлемой частью комплексного лечения рака, разработка и внедрение оптимальной паллиативной помощи женщинам с раком шейки матки требует лучшего понимания страданий, которые она порождает [Чойнзонов Е.Л. и др., 2012; Черенков В.Г., 2017; Connor S.R., 2020; Edwards R.L., et al., 2021].

Клиницисты определяют наиболее распространенные и тяжелые виды страданий у людей, страдающих РШМ, включая самих пациентов и их основных семейных опекунов, большинство из которых являются бедными и живут в странах с низким или средним уровнем дохода, где доступ к паллиативной помощи остается редким [Hannon B., et al., 2016; Maree J.E., et al., 2020; Krakauer E.L. et al., 2021].

Актуальным также является определение распространенности и продолжительности этих страданий, используя рекомендации, предложенные Комиссией Ланцета по паллиативной помощи и облегчению боли [Knaul F.M., et al., 2018]. При этом гипотеза заключалась в том, что умеренные и тяжелые страдания более распространены и многогранны среди женщин РШМ, чем среди людей с другими видами рака или серьезными заболеваниями [Uwayezu M.G. et al., 2022].

Рак шейки матки и его лечение приводят к тому, что средняя распространенность боли среди умирающих выше, чем среди пациентов с любым другим заболеванием. Почти две трети умирающих страдают от умеренных или сильных зловонных выделений из влагалища (66%) и вагинальных кровотечений (61%). Эти симптомы способствуют высокой распространенности тяжелых психологических страданий, включая тревогу, подавленное настроение и сексуальную дисфункцию. Умеренное или тяжелое финансовое неблагополучие также широко распространено среди пациенток и их семей. Более половины из них чувствуют себя стигматизированными или социально изолированными, а более 40% брошены своим интимным партнером. Почти половина умирающих больных испытывают потерю смысла жизни (49%), и почти треть страдает от потери веры (31%). Большинство пациентов испытывают некоторую комбинацию умеренных или тяжелых физических, психологических, социальных и духовных страданий [Knaul F.M., et al. al., 2018].

В общей сложности в 2017 году более 3 миллионов человек нуждались в паллиативной помощи из-за последствий РШМ: 258 649 умерших женщин, равное число лиц, осуществляющих уход в семье, и 2 558 857 женщин, не умерших от РШМ [Ferrell V.R., et al., 2017]. В странах с низким и средним уровнем дохода было наибольшее число пациентов и лиц, осуществляющих уход за семьями, нуждающихся в паллиативной помощи, и 85% нуждающихся людей (более 2,6 миллиона) находились в странах с низким и средним уровнем дохода. Среди семи регионов по версии Всемирного банка

в регионе Восточной Азии и Тихого океана было наибольшее число людей (пациентов и лиц, осуществляющих основной уход за их семьями), нуждающихся в паллиативной помощи (33% от общего числа в мире), за которыми следуют регионы Южной Азии и Африки к югу от Сахары (19% и 17% от общего числа в мире, соответственно). В 2017 году во всем мире почти 1 миллион женщин с РШМ страдали от умеренной или сильной боли, 85% из которых проживали в странах с низким уровнем дохода. Более 1,4 миллиона человек страдали от умеренных или сильных зловонных выделений из влагалища, 84% из которых находились в странах с низким и средним уровнем дохода. Почти 2 миллиона женщин страдали от умеренной или тяжелой сексуальной дисфункции, и почти 2 миллиона пациентов и лиц, осуществляющих уход за семьями, вместе взятых страдали от умеренных или серьезных финансовых трудностей, связанных с РШМ у пациентки [Hannon V., et al., 2016].

В связи с недостатком эффективных мер профилактики в Кыргызстане, отсутствием раннего выявления и относительно невысокой частотой радикального лечения опухолей шейки матки активная поддерживающая терапия приобретает в последнее время актуальное значение. Таким образом, оказание паллиативной помощи больным со злокачественными новообразованиями шейки матки становится одной из основных проблем онкологической службы в республике.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научноисследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема является инициативной.

Цель исследования: оценка психологического состояния больных с запущенным раком шейки матки и эффективности паллиативного лечения в Ошской области.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру и состояние паллиативной помощи больным раком шейки матки в Ошской области Кыргызской Республики.
2. Выявить психологические расстройства у больных запущенным раком шейки матки по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии.
3. Оценить выявленные уровни реактивной и личностной тревожности у больных с запущенным раком шейки матки.
4. Разработать комплексные индивидуально-дифференцированные методы психологической коррекции у больных раком шейки матки с последующей оценкой их эффективности.

Научная новизна полученных результатов:

1. Впервые проведено мультидисциплинарное паллиативное лечение больных с запущенными формами рака шейки матки (III – IV стадии) в Ошской области Кыргызской Республики.
2. Проведены медицинские мероприятия по выявлению и изучению психологических расстройств у пациенток с запущенным раком шейки матки.
3. Изучены результаты исследований психологических расстройств больных с запущенным раком шейки матки фертильного возраста и находящихся в состоянии постменопаузы.
4. Впервые разработаны индивидуально-дифференцированные методы психологической коррекции с последующей оценкой их эффективности у вышеуказанных контингентов больных.

Научно-практическая значимость полученных результатов:

Практическая ценность работы заключается в выработке соответствующих мер по улучшению реабилитации больным с запущенным раком шейки матки. Выявленные психологические расстройства и обуславливающие их причины имеют важное значение для предупреждения

данных расстройств у больных с запущенным раком шейки матки. Коррекция психологических расстройств в паллиативной терапии с запущенными формами рака шейки матки значительно повышает качество жизни.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Больным раком шейки матки в плане комбинированной терапии показано паллиативное лечение с момента поступления в специализированный стационар.
2. Наличие злокачественной опухоли и проведение специальной терапии сопровождается разнообразными по проявлениям и тяжести функциональными расстройствами психологической сферы.
3. Проведение реабилитационных мероприятий значительно улучшает качество жизни.

Личный вклад автора

Набор научного и клинического материала, проведение патентного поиска, обследование лиц с запущенными формами рака шейки матки, статистическая обработка и проведение психологических тестов, и статистические исследования, анализ данных собственных исследований, написание статей автор выполнила самостоятельно.

Апробация результатов работы

Основные результаты исследования обсуждены: на конференции “Усовершенствование паллиативной помощи на дому”, (г. Бишкек, 2018); на международном научном конгрессе “Кыргызско-Турецких и тюркоязычных стран по естественным и медицинским наукам”, (г. Ош, 2019); на Юбилейной конференции посв. 80-летию ОшГУ, (г. Ош, 2020); на VI научно-студенческой конференции медицинского факультета ОшГУ, приуроченная ко дню науки “Наука и технический прогресс – 2021”, (г. Ош, 2021); на

научной конференции медицинского факультета ОшГУ «Наука и технический прогресс» (г. Ош, 2021); в завершённом виде – на расширенном заседании Ученого совета медицинского факультета ОшГУ; кафедр онкологии, лучевой терапии, лучевой диагностики Кыргызско-Российского Славянского университета, Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызского Государственного Медицинского института повышения и переквалификации кадров, врачей и научных сотрудников Национального центра онкологии (Бишкек, 2022).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По результатам научного исследования опубликовано 9 научных статей в изданиях, входящих в Перечень рецензируемых научных периодических изданий, рекомендованных Национальной аттестационной комиссией Кыргызской Республики, для опубликования основных результатов диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена в классическом стиле и состоит из Введения, 4 глав, в том числе обзора литературы и 3 глав собственных исследований. Диссертация набрана в компьютерном наборе на 108 стр. с интервалом в 1,5 строки, шрифтом 14 Times New Romans. Работа завершается заключением и списком литературы. Список литературы состоит из 117 источников, в том числе 60 на русском и 57 на английском языках. Диссертация иллюстрирована 21 таблицами и 12 рисунками, 4 приложения.

ГЛАВА 1

АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Проблема распространенности рака шейки матки в мире

Рак шейки матки, заболевание, которое можно предотвратить, является одной из самых серьезных угроз благополучию и жизни женщин во всем мире [4, 6, 16, 33]. В раннем выявлении РШМ имеет большое значение скрининг, который широко распространен в некоторых странах [1, 2]. Это четвертый по распространенности рак среди женщин во всем мире, и он непропорционально сильно поражает бедных [34]. Одна женщина умирает от этого каждые 2 минуты, и ограниченные имеющиеся данные свидетельствуют о том, что женщины с раком шейки матки обычно испытывают более сложные и тяжелые страдания, чем те, которые вызваны другими серьезными заболеваниями [63, 82, 94]. Чтобы прекратить ненужные страдания и смерть от рака шейки матки, ВОЗ разработала Глобальную стратегию по ускорению ликвидации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения, которая была принята 73-й Всемирной ассамблеей здравоохранения в августе 2020 г. [112]. В стратегии изложена всеобъемлющая дорожная карта по ликвидации в текущем столетии, которая предусматривает достижение целей 90-70-90, связанных с тремя основными направлениями стратегии: (1) первичная профилактика с помощью вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ), (2) скрининг с помощью высокоточных тестов и лечение предраковых поражений и (3) лечение инвазивного рака шейки матки, включая паллиативную помощь. Но, в то время как паллиативная помощь является неотъемлемой частью комплексного лечения рака, разработка и внедрение оптимальной паллиативной помощи женщинам с раком шейки матки требует лучшего понимания страданий, которые она порождает [86].

Клиницисты определяют наиболее распространенные и тяжелые виды страданий людей, страдающих РШМ, включая пациентов и их основных семейных опекунов, большинство из которых являются бедными и живут в странах с низким или средним уровнем дохода, где доступ к паллиативной помощи остается редким [68]. Необходимо также определить распространенность и продолжительность этих страданий, используя метод, впервые предложенный Комиссией Ланцета по паллиативной помощи и облегчению боли [83]. При этом гипотеза заключалась в том, что умеренные и тяжелые страдания более распространены и многогранны среди женщин РШМ, чем среди людей с другими видами рака или серьезными заболеваниями [95].

По оценкам Международного агентства по исследованию рака (МАИР), в 2018 году у 570 000 женщин был диагностирован РШМ и 311 000 женщин умерли от него. Более 85% случаев заболевания произошло в странах с низким и средним уровнем дохода или среди бедных и маргинализированных общин в странах с высоким уровнем дохода, и это была наиболее распространенная причина смерти от рака в странах Африки к югу от Сахары [62]. Во всем мире в 2018 году средний возраст при постановке диагноза РШМ составлял 53 года, а средний возраст смерти - 59 лет. На Китай и Индию вместе приходится более трети всех случаев заболевания раком шейки матки в мире (106 000 в Китае и 97 000 в Индии) и случаев смерти (48 000 в Китае и 60 000 в Индии) [62].

Пятилетняя выживаемость женщин с РШМ сильно варьируется в зависимости от уровня дохода страны. Хотя данные о 5-летней выживаемости в странах с низким уровнем дохода и странах с доходом ниже среднего скудны, очень мало пациентов выживают в течение 5 лет в этих странах, где проживает 3,6 из 7,7 миллиарда человек в мире [61,100]. Имеющиеся данные показывают, что 5-летняя выживаемость может варьироваться от 3% до 23%. Различия в выживаемости частично обусловлены поздней диагностикой рака в этих странах и отсутствием

доступа к адекватному лечению, включая наружное облучение и брахитерапию [100]. Известно, что каждое увеличение стадии заболевания на момент постановки диагноза снижает 5-летнюю выживаемость [75]. Но даже в высокоразвитых странах более трети пациентов умирают в течение 5 лет.

Среди видов РШМ около 70% составляют плоскоклеточные карциномы, 25-30% карцином представляют собой аденокарциномы, и существует небольшой процент некарцином [15, 112]. Почти все карциномы шейки матки связаны с хронической инфекцией ВПЧ, которая также связана с повышенным риском развития рака влагалища и вульвы у женщин, рака полового члена у мужчин, а также аноректального рака и рака ротоглотки как у мужчин, так и у женщин [5]. Дополнительные факторы риска развития РШМ включают хроническую иммуносупрессию, первичное и вторичное воздействие табачного дыма, длительное использование оральных контрацептивов, увеличение паритета, а также увеличение числа сексуальных партнеров или одного сексуального партнера, у которого несколько сексуальных партнеров. Женщины, живущие с ВИЧ-инфекцией, подвергаются повышенному риску хронической инфекции ВПЧ и в шесть раз чаще заболевают РШМ, связанным с ВПЧ, по сравнению с ВИЧ-отрицательными женщинами [112]. Это частично объясняет высокую распространенность РШМ в странах Африки к югу от Сахары [99]. Использование высокоактивной антиретровирусной терапии частично снижает риск неоплазии, связанной с ВПЧ [81].

1.2 Аспекты паллиативной терапии и качество жизни при раке шейки матки

Качество жизни – социологическая категория, которая, по определению ООН, охватывает 12 аспектов «условий жизни» а именно: состояние здоровья, средства к существованию, воспитание, условия труда, занятость населения, потребление и запасы, транспорт и коммуникации, жилище и его строительство, одежда, отдых и развлечения, социальная уверенность и

личная свобода. Европейская экономическая комиссия ООН систематизировала «социальные индикаторы» качества жизни в 8 групп: здоровье, качество рабочего места, приобретение товаров и бытовые услуги, возможности проведения свободного времени, чувство социальной уверенности, шансы развития личности, качество окружающей среды, возможность участия в общественной жизни [3, 26, 28].

Рак шейки матки и его лечение приводят к тому, что средняя распространенность боли среди умерших выше (96% легкой степени тяжести; 84% средней степени тяжести), чем среди пациентов с любым другим заболеванием, которое обычно вызывает потребность в паллиативной помощи, включая злокачественные новообразования в целом. Почти две трети умерших страдают от умеренных или сильных зловонных выделений из влагалища (66%) и вагинальных кровотечений (61%). Среди них распространенность легкой боли составляет 42%, умеренной или сильной боли - 30%, умеренных или сильных зловонных выделений из влагалища - 49% и умеренных или сильных вагинальных кровотечений - 53%. Эти симптомы способствуют высокой распространенности умеренных или тяжелых психологических страданий, как среди умерших, так и среди не умерших, включая тревогу (63% и 50% соответственно), подавленное настроение (52% и 38% соответственно) и сексуальную дисфункцию (87% и 83% соответственно). Умеренное или тяжелое финансовое неблагополучие также широко распространено среди умерших (84%) и не умерших (74%), и оно затрагивает почти две трети лиц, осуществляющих уход за семьями (66%). Более половины умерших и более трети не умерших чувствуют себя стигматизированными или социально изолированными (52% и 39% соответственно), а более 40% брошены своим интимным партнером (46% и 41% соответственно). Почти половина умерших испытывают потерю смысла жизни (49%), и почти треть страдает от потери веры (31%). Большинство пациентов испытывают некоторую комбинацию умеренных или тяжелых физических, психологических, социальных и духовных страданий [27, 84].

В общей сложности в 2017 году более 3 миллионов человек нуждались в паллиативной помощи из-за последствий РШМ: 258 649 умерших женщин, равное число лиц, осуществляющих уход в семье, и 2 558 857 женщин, не умерших от РШМ [72]. В странах с низким и средним уровнем дохода было наибольшее число пациентов и лиц, осуществляющих уход за семьями, нуждающихся в паллиативной помощи, и 85% нуждающихся людей (более 2,6 миллиона) находились в странах с низким и средним уровнем дохода. Среди семи регионов по версии Всемирного банка в регионе Восточной Азии и Тихого океана было наибольшее число людей (пациентов и лиц, осуществляющих основной уход за их семьями), нуждающихся в паллиативной помощи (33% от общего числа в мире), за которыми следуют регионы Южной Азии и Африки к югу от Сахары (19% и 17% от общего числа в мире, соответственно). В 2017 году во всем мире почти 1 миллион женщин с РШМ страдали от умеренной или сильной боли, 85% из которых проживали в странах с низким уровнем дохода. Более 1,4 миллиона человек страдали от умеренных или сильных зловонных выделений из влагалища, 84% из которых находились в странах с низким и средним уровнем дохода. Почти 2 миллиона женщин страдали от умеренной или тяжелой сексуальной дисфункции, и почти 2 миллиона пациентов и лиц, осуществляющих уход за семьями, вместе взятых страдали от умеренных или серьезных финансовых трудностей, связанных с РШМ у пациентки [76].

Для оказания адекватной паллиативной помощи женщинам с РШМ во всем мире в 2017 году, используя основной пакет паллиативной помощи ВОЗ, было подсчитано, что стационарная паллиативная помощь потребовалась бы на 22 919 дней, амбулаторная помощь – на 34 586 дней и посещение на дому - на 35 038 дней [110]. Из общего числа 92 543 дней, когда потребовалась бы встреча с паллиативной помощью, 78 576 из этих встреч (85%) потребовались в странах с низким уровнем дохода.

Известно, что женщины с РШМ испытывают физические, психологические, социальные и духовные страдания, которые являются

более распространенными, сложными и тяжелыми, чем страдания, связанные с большинством других серьезных заболеваний [116]. В результате недостаточной доступности первичной профилактики, ранней диагностики и лечения РШМ, а также таких социальных проблем, как бедность и стигматизация, непропорционально высокий процент пациентов с РШМ паллиативная помощь весьма актуальна, так как практически не используется [14].

Рак шейки матки обычно приводит к многочисленным типам умеренных и тяжелых страданий по целому ряду анатомических, физиологических, психологических и социальных причин [18, 25]. По чисто анатомическим причинам боль, вызванная раком шейки матки и его лечением, более распространена и сильна, чем боль, вызванная многими другими видами рака [17]. Область малого таза сильно иннервирована, а основные нервы и нервные сплетения, включая крестцовое сплетение и нижнее подреберное сплетение, расположены в области малого таза или рядом с ним. Таким образом, инвазивный РШМ часто повреждает нервы путем вторжения или сжатия, что приводит к невропатической боли, которую труднее контролировать, чем ноцицептивную боль [24, 98]. Повреждение тазового нерва и невропатическая боль также могут быть результатом хирургического вмешательства. Кроме того, периферическая невропатическая боль является распространенным побочным эффектом паклитаксела и цисплатина, химиотерапевтических средств, наиболее часто используемых для лечения РШМ [19, 20]. Лучевая терапия органов малого таза может привести к хронической воспалительной или ноцицептивной боли при вагините, цистите или проктите, а также к сексуальной дисфункции, недержанию мочи и диарее. Обструктивная нефропатия и возникающее в результате заболевание почек в терминальной стадии, распространенные последствия РШМ, могут привести к одышке, зуду или бреду и могут усугубить отек и боль. Металлические или жесткие пластиковые чрескожные нефростомические дренажи, используемые в некоторых местах, серьезно

ограничивают подвижность пациентов и могут увеличить риск боли, утечки, зависимости и психологического расстройства. Усталость и проблемы с памятью и концентрацией внимания часто являются результатом некоторого сочетания боли, химиотерапии, заболеваний почек и подавленного настроения.

Разные категории больных требуют различной поддержки. Больные, получившие адекватную терапию с целью излечения, в дальнейшем могут основать группу поддержки из излеченных от рака людей, куда могут входить и больные с законченным лечением и живущие, хотя их прогноз не определен. Больные, получившие паллиативное лечение, требуют другой медицинской и психологической помощи. Особую группу лиц составляют здоровые люди, имеющие генетический риск развития рака. Эта проблема новая, она требует обсуждения и новых решений [13].

В клинической онкологии оценка качества жизни, обусловленного здоровьем, исследуется в нескольких направлениях:

- контроль симптомов, обусловленных как заболеванием, так и лечением;
- при лечении злокачественных заболеваний с плохим прогнозом;
- при изучении режимов с одинаковой выживаемостью;
- при изучении влияния поддерживающего лечения;
- для оценки прогноза выживаемости.

Несмотря на короткую историю исследований качества жизни в онкологии, уже получена важная информация. Результаты некоторых клинических исследований не совпадают с общепринятым мнением. Например, в исследовании у пациенток с диссеминированным раком молочной железы параметры качества жизни были выше при проведении непрерывной химиотерапии, чем при использовании прерывистого лечения [12].

1.3 Психологические и социальные проблемы паллиативной помощи при раке шейки матки

Ситуация онкологического заболевания не проходит бесследно ни для одного пациента и, практически, ни для одной семьи, имеющей онкологического больного. Угрожающее жизни заболевание сопровождается чувством утраты контроля над ситуацией и жизнью в целом. Характерными для них являются сверхсильные и мучительные переживания, вызванные неожиданностью и фатальностью заболевания, страхом смерти, неопределенностью, крушением представлений о будущем, необходимостью подвергнуться длительному и тяжелым лечению, чувством одиночества. Переживания больного в ситуации онкологического заболевания создают угрозу его психической травматизации, следствием которой у пациента может возникнуть та или иная форма нарушения адаптации [11, 23, 64].

По данным ВОЗ депрессия является одним из наиболее распространенных психических расстройств. Более чем 350 миллионов людей в мире страдают депрессивными расстройствами [115]. Депрессия становится основной причиной инвалидности. Женщины болеют депрессией чаще мужчин. Распространенность депрессии при онкологических заболеваниях значительно выше, чем в общей популяции и, по данным специалистов достигает от 33 до 42 % [10, 69, 117]. Симптомы депрессии диагностируются у каждого четвертого онкологического больного и чаще встречаются на поздних этапах болезни [65, 67]. К сожалению, эти пациенты редко попадают в поле зрения психиатра, поскольку, учитывая специфику заболевания, находятся под наблюдением онкологов, и обращаются к психиатрам только в случае суицидальных попыток и при тяжелых депрессиях [79]. Высокие показатели распространенности депрессий (23%) диагностируются при раке гинекологической сферы [85].

Справиться с возникшими психологическими проблемами онкологическому больному без квалифицированной помощи и поддержки трудно, и с течением времени эти проблемы не только не разрешаются, а

нередко даже усугубляются. Своевременная и адекватная психологическая помощь может улучшить качество жизни онкологического больного, и, как показывают многочисленные исследования, существенно повлиять на эффективность проводимого комбинированного противоопухолевого лечения [9, 22].

В последнее время в медицине крайне актуальна проблема приверженности пациента к лечению – комплаентности (от англ. compliance - согласие), оказывающей важнейшее влияние, как на эффективность терапии, так и на качество жизни больного [38, 56]. Необходимость учитывать приверженность больного к лечению особенно остро стоит и в онкологии. Новые высокотехнологичные методы диагностики и лечения онкологических больных сосредотачивают внимание врача на проводимом лечении и ответственности за его результат. При этом психологическая сторона заболевания: личность самого больного, его переживания и психоэмоциональное состояние, оказывающие влияние на лечение, учитываются врачом в меньшей степени [45, 57].

В процессе лечения врач непосредственно вступает в психологическое взаимодействие с больным. При онкологическом заболевании это взаимодействие даже больше, чем при любом другом, имеет значение для лечения больного и его адаптации к заболеванию. Врач оказывается именно тем человеком, который наиболее компетентно и в наибольшей степени адекватно может помочь больному существовать в ситуации болезни. От его слов и действий во многом зависит сама жизнь больного. Согласно исследованию, направленному на выявление социально-психологических нужд онкологических больных, наиболее эффективными оказались меры по улучшению коммуникации между врачом и пациентом и только потом – психотерапевтическое психологическое консультирование, а применение психофармакологических средств – на третьем месте [21, 39, 51, 54].

От врача-онколога требуется психологически грамотное профессиональное взаимодействие с больным. Отсутствие

профессиональной подготовки к коммуникативной деятельности, которая является неотъемлемой частью работы любого врача, создает ряд трудностей во взаимоотношениях с онкологическими пациентами [8, 58].

Трудность для врача составляет необходимость создания индивидуальных отношений с каждым пациентом, но при этом он должен исходить не из своих личных предпочтений и оценок, а руководствоваться осуществлением цели своей профессиональной деятельности. Такие взаимоотношения влияют не только на эмоциональное состояние больного, но и самого врача, способствуя его эмоциональному выгоранию [58].

В ситуации условно «неблагополучного» психологического взаимодействия с пациентом врач с профессиональной позиции может переходить в сферу личных отношений. То есть, занимаясь профессиональной деятельностью, врач использует не профессиональные коммуникативные умения и навыки, а привычные навыки общения с людьми, которыми он пользуется в своей повседневной жизни [52].

Смещение с профессиональной позиции в сферу личных отношений повышает эмоциональную напряженность во взаимодействии врача с онкологическим больным, появляется основа для конфликта [59]. Разрешение этих проблем лежит в осознании врачом своей профессиональной позиции и в его стремлении к осознанным взаимоотношениям с пациентом.

В основе эффективного взаимодействия врача с онкологическим больным, оказывающего влияние на психическое и физическое самочувствие больного и определяющее его отношение к болезни и лечению, лежит несколько факторов [7, 50].

Многочисленные зарубежные и отечественные исследования свидетельствуют о положительном влиянии психологических методов терапии на улучшение эмоционального состояния больных, замедление прогрессирования заболевания, улучшения качества их жизни [60, 73].

Содержание психологической помощи заключается в обеспечении эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержке больного и его членов семьи в кризисной ситуации, обусловленной онкологическим заболеванием. Психологическая помощь направлена на принятие пациентом болезни, адаптации к ней и выработке соответствующих моделей поведения [49, 78].

Тяжелый психологический стресс, разрыв привычных связей, изменение привычного образа жизни сопровождает онкологическое заболевание [38,39,49].

В комплексном лечении в качестве необходимого компонента должна быть представлена и реабилитация онкологических больных. Определение роли каждого специалиста в процессе реабилитации конкретного пациента в зависимости от осуществляемой им профессиональной деятельности соответствует биопсихосоциальному подходу в реабилитации онкологических больных. При этом психологическая реабилитация является неотъемлемой частью реабилитации онкологического больного. Она лежит в основе и самого процесса лечения, и специализированных видов реабилитации и представляет собой, в первую очередь, восстановление душевного баланса, которое нарушено заболеванием [29, 58].

Выделяют, как правило, несколько естественных этапов с присущими им клиническими особенностями: диагностический, этап поступления в стационар, предоперационный этап, послеоперационный этап, этап выписки, катамнестический этап [31, 59]. На каждом из этих этапов цели и задачи психологической помощи, а также методы работы разные.

Во время проведения психологической работы целесообразно использовать комплексный подход, включающий психологическую диагностику, психологическое консультирование и психологическую коррекцию (индивидуальную и групповую), а также психологическую помощь семье больного (семейное консультирование) [30].

Нервно-психические расстройства, возникающие у онкологических больных на этапах специального и паллиативного лечения, усложняют процесс диагностики, терапии и негативно влияют на проявления и исход опухолевого процесса. Онкологические больные, получившие соответствующее своевременное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение, характеризуются лучшей и более быстрой психосоциальной адаптацией к своему заболеванию и новым условиям жизни [47, 48, 51]. В связи с этим до настоящего времени остаётся актуальной задача внедрения и проведения в онкологических отделениях комплексных лечебно-реабилитационных программ для больных, включающих психофармакотерапию и психотерапию, с учётом этапа лечения: специального (хирургического, химиотерапевтического, лучевого) или паллиативного [32].

Таким образом, психологическая помощь направлена на улучшение качества жизни больного. Постановка онкологического диагноза, госпитализация в специализированную клинику, лечение, сопровождающееся травматичной операцией, возможная последующая инвалидизация с вытекающими последствиями в семейной и профессиональной сферах являются тяжелейшим стрессом для любого человека.

Высокая распространенность психологических и социальных страданий среди умирающих частично объясняется эмоционально значимыми значениями, связанными с половыми органами и сексуальной функцией, которые повреждены или были удалены. Эти значения основаны на культурных ценностях, которые часто унижают женщин, считающихся обладательницами неприятного запаха тела, и тех, чья сексуальная функция не отражает культурную норму [94]. В некоторых культурах Восточной Азии, например, статус молодой женщины в обществе и личная идентичность могут в значительной степени зависеть от способности рожать детей, которая часто разрушается РШМ или его лечением [94]. Женщины с

ВИЧ-инфекцией и РШМ могут подвергаться двойной стигматизации и подвергаться наибольшему риску психологических, социальных или духовных страданий.

ВОЗ определяет паллиативную помощь как помощь, которая улучшает качество жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями, путем предотвращения и облегчения страданий посредством раннего выявления и безупречной оценки и лечения боли и других проблем, физических, психосоциальных и духовных [115]. Суть паллиативной помощи заключается в предотвращении и облегчении страданий, и проблемы, связанные с опасными для жизни заболеваниями, также могут возникать при состояниях, не угрожающих жизни. Например, женщины с ранней стадией излечимого РШМ могут страдать от заброшенности, депрессии или острой боли, связанной с лечением, а женщины, пережившие РШМ в течение длительного времени, могут страдать от хронической боли. Конкретные виды и тяжесть страданий зависят от геополитической ситуации, социально-экономических условий, культуры и доступности профилактики и лечения заболеваний [87]. Люди в странах с низким и средним уровнем дохода, как правило, сталкиваются с менее здоровыми социальными условиями и высокой заболеваемостью и смертностью, чем люди в странах с высоким уровнем дохода, и как правило, имеют меньший доступ к профилактике заболеваний, диагностике и лечению. Паллиативную помощь никогда не следует рассматривать как замену им, но крайне важно, чтобы паллиативная помощь была общедоступной [102, 110].

Существует показатель необходимой интенсивности паллиативной помощи (дни, когда необходима встреча с паллиативной помощью), используемый Комиссией Ланцета по паллиативной помощи и облегчению боли (дни в паллиативной помощи) [83]. Некоторым пациентам может потребоваться встреча с паллиативной помощью каждый день, в то время как другим может потребоваться только одна встреча в месяц. Согласно этому

один пациент будет иметь 365 дней паллиативной помощи, а другой – только 12 дней в год. Таким образом, количество дней в паллиативной помощи является неточным показателем необходимой интенсивности паллиативной помощи и не является полезным для оценки необходимых человеческих ресурсов. Дни встречи с паллиативной помощью – более точная и полезная мера.

Нехватка количественных данных о страданиях женщин в странах с низким и средним уровнем дохода от РШМ и других гинекологических онкологических заболеваний отражает морально неоправданное пренебрежение к этой уязвимой группе населения [83]. Как и во всех исследованиях особо уязвимых и тяжелобольных пациентов, для оценки клинических исходов пациентов, получающих любой вид паллиативной помощи, и тех, кто этого не делает, необходимы короткие, но хорошо продуманные с клинической и этической точек зрения, проверенные на местном уровне инструменты. Хотя показатели результатов, такие как доступность опиоидов и учебные программы по паллиативной помощи, полезны, они никогда не являются адекватной заменой показателям результатов лечения пациентов, таким как качество жизни, степень контроля боли или наличие депрессии. Поскольку конкретные типы и тяжесть страданий различаются, необходимы исследования в различных условиях для разработки оптимальных услуг паллиативной помощи для любого конкретного населения [113]. Научные исследования по внедрению интеграции паллиативной помощи в системы здравоохранения на всех уровнях, как настоятельно призывает ВОЗ, необходимы для того, чтобы услуги для женщин больных РШМ были более интегрированными и ориентированными на людей [111]. В свете особенно высокой распространенности в этой популяции сильной тазовой боли, унижающих зловонных выделений из влагалища, беспокойства, депрессии, сексуальной дисфункции, финансовые трудности и духовные страдания - эти проблемы должны быть в центре внимания интенсивных исследований по оптимальной

паллиативной помощи в странах с низким и средним уровнем дохода. Также необходимы дальнейшие исследования по смещению задач для улучшения доступа к психиатрической помощи, включая лечение депрессии у пациентов РШМ и другими серьезными и тяжелыми заболеваниями [108, 114].

Следует отметить, что страдания женщин с запущенным РШМ, заболеванием, характерным в основном для бедных слоев населения во всем мире, в значительной степени игнорировались научными исследованиями. Изучив доступную литературу и дополнив ее консенсусом экспертов, обнаружено, что страдания этой популяции, по-видимому, более распространены, серьезны и многогранны, чем страдания, связанные с другими видами рака. Особенно распространены сильные боли в области таза, зловонные выделения из влагалища, сексуальная дисфункция, психологические расстройства и финансовая незащищенность. Тяжкое бремя страданий, которое несут женщины с раком шейки матки, делает необходимым с медицинской и моральной точек зрения обеспечение всеобщего доступа к вакцинации против ВПЧ, скринингу и лечению, а также включение надлежащей, эффективной, доступной паллиативной помощи, ориентированной на людей, во все уровни систем ухода за женщинами с раком шейки матки. Эта интеграция потребует энергичных усилий со стороны исследователей, должностных лиц общественного здравоохранения, онкологов, гинекологов и поставщиков первичной медико-санитарной помощи и должна быть частью общей интеграции паллиативной помощи в системы здравоохранения, что необходимо для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения [109].

В исследовании, проведенном Kobayashi M. и др. (2009) оценивалось, влияют ли различия в типе лучевой терапии, стадии заболевания и самооценке на психологический стресс и качество жизни среди выживших после лечения РШМ. В исследовании приняли участие 60 выживших после лучевой терапии, химиолучевой терапии или послеоперационной лучевой терапии РШМ. Участникам было предложено заполнить анкеты во время

последующих визитов. Анкеты включали Японскую версию Больничной шкалы тревоги и депрессии, Общую функциональную оценку терапии рака и Шкалу самооценки Розенберга. Результаты показали, что психологический стресс и качество жизни у выживших существенно не различались в зависимости от методов лечения и стадии заболевания. Психологический стресс и качество жизни значительно различались в соответствии с самооценкой выжившего. Выжившие в группе с высокой самооценкой имели более низкий уровень тревоги и депрессии и более высокие показатели качества жизни (эмоциональные и социальные / семейные аспекты качества жизни и общего качества жизни), чем в группе с низкой самооценкой. Авторы резюмировали, что психосоциальная поддержка с учетом самооценки пациента необходима во время и после лучевой терапии РШМ [85].

Chia-Chun Li др. (2015) изучили влияние самооценки и социальной поддержки на качество жизни у пациентов, перенесших РШМ I и II стадии. Выборка состояла из 110 участников, у которых был диагностирован РШМ I-II стадии и которые завершили лечение за 5 лет или более до сбора данных. Каждый участник заполнил четыре структурированных вопросника: опрос по демографическим заболеваниям, Шкала самооценки Розенберга, Исследование медицинских результатов, Исследование социальной поддержки и Анкета качества жизни Европейской организации по исследованию и лечению рака (версия-30). Данные были проанализированы с использованием описательной статистики, независимого выборочного t-критерия, одностороннего анализа ANOVA и иерархического множественного линейного регрессионного метода. Средний возраст участников составил $60,74 \pm 10,69$ года. Улучшение качества жизни было в значительной степени связано с более молодым возрастом, более высокой самооценкой и более сильной социальной поддержкой; кроме того, социальная поддержка смягчала влияние самооценки на общее качество жизни. Вместе пять переменных (возраст, время с момента лечения,

самооценка, социальная поддержка и термин взаимодействия самооценки и социальной поддержки) объясняли 36% различий в глобальном качестве жизни, при этом самооценка была самым сильным предиктором. Результаты этого исследования расширяют современные знания о качестве жизни у выживших после РШМ, демонстрируя, что выжившие с низкой самооценкой и социальной поддержкой, как правило, имеют более низкое качество жизни, чем те, у кого низкая самооценка, но высокая социальная поддержка. Медицинские работники должны помочь выжившим обратиться за поддержкой и предоставить соответствующие стратегии для расширения их социальных сетей и повышения их самооценки, чтобы улучшить их общее качество жизни после РШМ [66].

В другом исследовании Monina G. Bartoces и др. (2009) сравнили выживших в течение длительного времени после инвазивного и неинвазивного РШМ, чтобы определить, существуют ли различия в качестве жизни и оценить связь между самооценкой и качеством жизни. Выборка выживших после РШМ с диагнозом инвазивный и неинвазивный РШМ в 1995-1996 годах была взята из реестра рака г. Детройта по эпиднадзору, эпидемиологии и конечным результатам (SEER). В исследовании приняли участие 145 выживших, 42 с инвазивным и 103 с неинвазивным РШМ. Данные были собраны с помощью структурированного интервью, проведенного в основном по телефону. Показателями результатов были показатели качества жизни (измеряемые с помощью специальной формы исследования медицинских результатов), суммарная оценка физического компонента и суммарная оценка психического компонента. Авторы не выявили различий в показателях между долгосрочными пациентами, перенесшими инвазивный и неинвазивный РШМ. Самооценка была достоверно связана с суммарной оценкой психического, но не с оценкой физического компонентов. Авторы сделали выводы, что отличительная связь самооценки указывает на то, что мероприятия по поддержке и повышению самооценки могут быть эффективными, способствуя более

психологическому, а не физическому благополучию. Кроме того, женщины с неинвазивным РШМ, группой, которой часто пренебрегают в исследованиях, также должны быть нацелены на эти вмешательства [96].

Целью исследования Taneerapichskul S. и др. (2011) было определить качество жизни, связанное со здоровьем, у пациентов с диагнозом интраэпителиальная неоплазия шейки матки (CIN) и РШМ, а также сравнить качество жизни среди стадий рака и изучить связь с характеристиками пациентов. В специальной анкете была получена информация о качестве жизни с использованием опросника функциональной оценки общей терапии рака. Исследуемую популяцию составили пациенты с диагнозом РШМ с классификацией стадий по ФИГО. Сто семьдесят два пациента завершили настоящее исследование. Скорректированный средний балл качества жизни составил 78,76 балла. Не было существенных различий между стадиями по FIGO по глобальному качеству жизни и субшкале. Авторы обнаружили отрицательную связь между возрастом и показателями физического благополучия ($p = 0,049$) и положительную связь между возрастом и показателями эмоционального благополучия ($p = 0,004$). Более низкий уровень образования был связан с более высокими показателями эмоционального благополучия ($p = 0,004$). Авторы резюмировали, что для многих пациентов семейная, религиозная или психосоциальная поддержка может считаться необходимостью. Более молодым и образованным группам может потребоваться больше информации и психоэмоциональной поддержки [105].

Целью перекрестного исследования Taechaboonsermsak P. и др. (2005) было изучение причинно-следственных связей между возрастом, образованием, доходом семьи и стадией карциномы, предполагаемыми преимуществами, воспринимаемыми препятствиями, воспринимаемой самооэффективностью, поведением, способствующим укреплению здоровья, и качеством жизни у пациентов с РШМ. Целенаправленная выборка была использована для набора 488 больных РШМ, которые проходили ЛТ в

Таиланде. Инструменты, использованные в этом исследовании, включали Форму персональных данных, Форму когнитивного восприятия, Шкалу поведения, способствующего укреплению здоровья, Анкету социальной поддержки и Общую форму функциональной оценки терапии рака (ФАКТ-G). Результаты показали, что поведение, способствующее укреплению здоровья, оказало значительное прямое положительное влияние на качество жизни ($p < 0,01$). Когнитивные факторы восприятия оказали значительное прямое влияние на поведение, способствующее укреплению здоровья ($p < 0,01$). Социальная поддержка оказала значительное прямое влияние на когнитивные факторы восприятия ($p < 0,01$), а также поведение, способствующее укреплению здоровья ($p < 0,01$) и качество жизни ($p < 0,01$). Возраст и образование не оказали существенного общего влияния на качество жизни. Доход семьи оказал значительное прямое влияние на когнитивные факторы восприятия ($p < 0,05$). Стадия рака оказала значительное прямое негативное влияние на когнитивные факторы восприятия ($p < 0,05$) и качество жизни ($p < 0,01$). Прямое влияние предикторов на качество жизни указывало на то, что пациенты РШМ с более высокой практикой поведения, способствующего укреплению здоровья, как правило, имели более высокое качество жизни. Значимость когнитивных факторов восприятия и социальной поддержки подтверждает поведение, способствующее укреплению здоровья, как цель, направленную на повышение уровня благополучия. Это имеет значение для систем здравоохранения при планировании мероприятий по поощрению здорового поведения в условиях укрепления здоровья у больных РШМ для улучшения качества жизни и здоровья [104].

Zeng Y.C. с соавт. (2011) описали наиболее актуальные тенденции в исследованиях качества жизни у выживших после лечения РШМ и обсудили направления будущих исследований. Был проведен обзор литературы (2005-2009) среди пяти электронных баз данных с использованием ключевых слов. Была выявлена тридцать одна статья. Основные проблемы с качеством жизни

у выживших после РШМ были классифицированы на индивидуальном и системном уровнях. Наиболее современные тенденции включали исследования положительных и отрицательных аспектов выживаемости при раке; исследования, в которых изучается нездоровый образ жизни, способствующий плохому качеству жизни; исследования, касающиеся влияния выживаемости при РШМ на партнеров-мужчин и лиц, осуществляющих уход в семье; и три основных типа инструментов, используемых для оценки. Авторы сделали важные выводы о том, что будущие направления исследований должны включать (а) изучение и оптимизацию положительных результатов выживаемости при РШМ, (б) использование вмешательств для снижения рискованного образа жизни или нездорового поведения, (в) проведение исследовательских работ для определения влияния выживаемости на семьи, (г) проведение продольных исследований для документирования текущих изменений в качестве среди выживших и (е) разработка новых инструментов для оценки системного уровня качества жизни. Были даны рекомендации для сестринского дела: расширение понимания качества жизни и связанных с ним факторов у выживших после лечения РШМ позволит медсестрам оценивать и разрабатывать мероприятия по улучшению качества жизни и общих показателей выживаемости для этой группы населения [116].

Gonçalves V. (2010) в своем обзоре рассмотрел современные знания о долгосрочном качестве жизни у пациентов, перенесших гинекологический рак. Выжившие после рака яичников обычно имеют хорошее качество жизни с небольшим количеством физических симптомов. Существуют психологические расстройства и сексуальные нарушения. Никаких различий в качестве жизни между выжившими на ранней и поздней стадиях заболевания не наблюдается. Выжившие после РШМ, получавшие ЛТ, сообщали о большем количестве нарушений качества жизни, чем выжившие, получавшие лечение другими методами. Не было никаких различий в сексуальности между периодами выживания. В целом, люди, пережившие

РШМ, позитивно относились к сексуальности. Автор заключил, что самооценка является важной психологической переменной при изучении долгосрочного качества жизни [73].

Vistad I. и др. (2006) считают, что повышение показателей выживаемости пациентов с (РШМ) и тенденция к более токсичной мультимодальной терапии привели к повышению внимания к качеству жизни выживших. Была проведена оценка качества с использованием методологических и связанных с лечением критериев, чтобы провести различие между исследованиями с хорошей и менее хорошей методологией. Было включено 23 исследования, из которых 8 имели хорошую методологию. В восьми исследованиях использовался, по крайней мере, один вопросник, который ранее не был проверен, и только один из проверенных вопросников был протестирован в предыдущих исследованиях. Исследования с хорошей методологией были сосредоточены в первую очередь на сексуальной и социальной функции после лечения, и в меньшей степени на физическом и психологическом благополучии. Тенденция такова, что ЛТ в большей степени связана со снижением показателей качества жизни, чем хирургическое вмешательство или химиотерапия. На ранних стадиях РШМ и только после хирургического вмешательства, по-видимому, существуют незначительные различия между основной и контрольными группами в отношении различных областей качества жизни. Были сделаны выводы, что рассмотренные исследования показывают, что качество жизни у выживших снижается по сравнению с общей женской популяцией после ЛТ, но в меньшей степени после операции и на более ранних стадиях РШМ [107].

Целью исследования Greimel E.R. и др. (2009) было изучение долгосрочных побочных эффектов лечения на качество жизни и сексуальное функционирование выживших после РШМ, получивших различные схемы лечения. Качество жизни и сексуальное функционирование были измерены с использованием Вопросника качества жизни Европейской организации по исследованию и лечению рака, Модуля РШМ и Вопросника сексуальной

активности. В исследовании принял участие сто двадцать один человек, перенесших РШМ (63 выполнены операции, 38 операция + ХТ и 20 операция + ЛТ). Пациенты в группе хирургии и ЛТ сообщили о значительно худших результатах качества жизни (более низкие показатели физического, ролевого, когнитивного и социального функционирования) по сравнению с пациентами в группе только хирургии или пациентами в группе хирургии + ХТ. Уровень таких симптомов, как тошнота/рвота, боль, потеря аппетита, частое мочеиспускание ($p=0,019$), подтекание мочи ($p=0,015$) и ощущение стеснения во влагалище ($p=0,018$), были значительно выше у облученных пациентов. Что касается сексуального функционирования, пациенты в группе хирургии и ЛТ сообщили о значительно более низком уровне сексуальной активности по сравнению с женщинами в других группах ($p<0,05$). Однако статистически значимых различий в отношении сексуального удовольствия и сексуального дискомфорта между тремя группами лечения не было ($p>0,05$). Авторы сделали выводы: выжившие после лечения РШМ, получавшие адъювантную ЛТ, с большей вероятностью подвержены риску нарушения качества жизни. Пациентки, получившие хирургическое вмешательство или адъювантную химиотерапию, возвращаются к тому же уровню качества жизни, что и женщины без рака в анамнезе. Хотя уровень сексуальной активности у облученных пациентов ниже, их сексуальное удовольствие такое же, как у пациентов после операции и химиотерапии [74].

Одно из последних исследований (Kaneyasu Y. с соавт., 2021) было направлено на изучение качества жизни после лечения ранних стадий РШМ путем сравнения между ЛТ и операцией (ОП). Были использованы специальные анкеты для врачей и пациентов. Они провели обсервационный опрос пациенток в возрасте 20-70 лет с IB1-IB2 стадиями РШМ, перенесших ЛТ или ОП и не имевших рецидивов. Все они были в качестве амбулаторных пациентов в сроки ≥ 6 месяцев после лечения. Были разделены 100 зарегистрированных пациентов поровну на две группы лечения ($n = 50$ в каждой). Средний возраст составил 53 и 44 года в группах ЛТ и ОП,

соответственно. Группа с ЛТ включала 34% и 66% пациентов I и II стадии соответственно, тогда как группа ОП включала 66% и 34% пациентов, соответственно. В группу ОП вошли 58% пациентов с послеоперационной ЛТ. Комбинированная химиотерапия была проведена 84% и 48% пациентов в группах ЛТ и ОП, соответственно. В анкете врачей мы наблюдали значительные различия в подавлении костного мозга и отеке ног. В анкете пациентов значительно больше пациентов имели дизурию и отек ног в группе ОП, чем в группе ЛТ, а тяжелый (4-5 баллов) отек ног был значительно выше в группе послеоперационной ЛТ, чем в группе только ОП. Частота половых сношений снизилась после лечения в обеих группах. В анкете пациентов не было выявлено существенных различий между двумя группами в отношении сексуальной активности. Авторы заключили, что эти результаты полезны пациентам и врачам для совместного принятия решений при выборе лечения [80].

Shrestha G. и др. (2020) считают, что большинство случаев смерти от РШМ приходится на развивающиеся страны, включая Непал. В их исследовании исследуется опыт выживших после лечения РШМ и оценивается отношение семьи и общества к нему и стигматизация, связанная с этим заболеванием в Бхаратпуре, Непал. Дизайн исследования представлял собой качественные методы, включающие два обсуждения в фокус-группах. В общей сложности 17 выживших после РШМ, которые прошли двухлетнее лечение от рака, были специально анализированы. Большинство участников имели скудные знания о РШМ, его возбудителе, демонстрировали меньший скрининг на РШМ, задерживали обращение за медицинской помощью, несмотря на наличие стойких симптомов до постановки диагноза. Основными причинами, выявленными для того, чтобы не использовать методы скрининга, были затруднения и отсутствие каких-либо симптомов вообще. Большинство из них подвергались социальной стигматизации, связанной с РШМ, в форме физической изоляции и словесных оскорблений. Авторы заключили, что существует настоятельная необходимость в

мероприятиях по информированию женщин и общественности о РШМ и запуску эффективных кампаний по санитарному просвещению, политики в отношении программ профилактики. Эта реализация может спасти жизни сотен женщин и помочь им избежать всех негативных переживаний, связанных с РШМ [101].

В неразвитых странах мира, например, в Гане наблюдается рост заболеваемости и смертности от РШМ. Рак и побочные эффекты лечения оказывают неблагоприятное воздействие на пациентов, и это влияет на самочувствие и образ жизни пациента во время и после ЛТ. Целью исследования Куеи К.А. и др. (2020) была оценка влияния демографических и клинических характеристик на качество жизни среди больных РШМ, проходящих ЛТ в Гане. Было проведено поперечное количественное исследование 120 больных РШМ. Были определены средние показатели качества жизни, при этом для определения влияния социально-демографических и клинических характеристик на качество жизни пациентов использовался критерий хи-квадрат. Результаты исследования показали, что средний возраст пациентов составил 56,8 года. Большинство пациентов сообщили о стабильном качестве жизни. Социальное благополучие пожилых пациентов пострадало больше, чем у других. Незамужние, вдовы и пациенты, перенесшие операцию с применением ЛТ, были более эмоционально затронуты. У большинства (56%) участников было стабильное качество жизни, в то время как у 22% оно было плохое. Среди возрастной группы 35-39 лет была обнаружена значительная связь с физическим благополучием и общим качеством жизни ($p=0,017$ и $0,029$, соответственно). Авторы предлагают внедрить инструмент оценки качества жизни на месте исследования, чтобы помочь онкологической команде в выявлении и устранении конкретных показателей, влияющих на качество жизни пациентов с РШМ [89].

Женщины с РШМ могут испытывать изменения относительно качества жизни из-за лечения или последствий рака. В этом исследовании Li С.С. и др.

(2017) изучили различия в качестве жизни в зависимости от способа лечения между женщинами, перенесшими только хирургическое вмешательство, и женщинами (n=290), получавшими сопутствующую химиолучевую терапию (ХЛТ). Данные были проанализированы с помощью описательной статистики и анализа ковариации. Результаты показали, что у женщин, перенесших операцию, чаще наблюдались явления запора. Женщины, перенесшие ХЛТ, имели худшее физическое и ролевое функционирование, чем те, кто перенес только хирургическое вмешательство. Женщины, перенесшие ХЛТ, также сообщали о худших симптомах, таких как усталость, потеря аппетита, диарея, финансовые трудности, сексуальное наслаждение и сексуальное / вагинальное функционирование, чем те, у кого была только операция. Эти результаты дополняют знания о качестве жизни у женщин с РШМ, которые получают различные методы лечения. Предлагая методы лечения, медицинские работники должны также учитывать изменения в качестве жизни женщин после лечения рака. Чтобы улучшить качество жизни женщин после лечения, специалисты также должны предлагать своевременные и индивидуальные вмешательства [92].

Sung UkL. и др. (2017) оценили общее состояние здоровья женщин, перенесших РШМ в течение длительного времени, которые выжили более 4 лет после ЛТ. Были проанализированы медицинские записи 562 женщин, получавших ЛТ в период с 2003 по 2010 годы. Качество жизни было проанализировано с использованием вопросника Европейской организации по исследованию и лечению рака, и результаты были сопоставлены с соответствующим возрасту здоровым корейским женским населением. Медиана наблюдения составила 6,8 года (диапазон 4,1-12,5 лет). Было зарегистрировано 14 смертей (7 от специфического рака) и 14 рецидивов (5 локальных рецидивов и 9 отдаленных метастазов). Среднее время до рецидива составило 6,0 лет (диапазон 4,1-8,2 года). Поздняя токсичность ≥ 2 степени часто наблюдалась в мочевом пузыре (19%) и тонкой/толстой кишке (15%). Многомерный анализ выявил более высокую частоту поздней

токсичности у пациентов в возрасте ≥ 51 года на момент постановки диагноза, чем у пациентов в возрасте < 51 года. По сравнению с населением в целом, пациентки демонстрировали значительно более высокий уровень проблем со здоровьем, сексуальной дисфункцией, лимфедемой и периферической невропатией. Авторы заключили, что новые рецидивы произошли в 5% случаев, а токсические эффекты, связанные с лечением ≥ 2 степени, присутствовали в 33% случаев. Значительная доля больных также показала снижение качества жизни, специфичного для РШМ. Эти результаты свидетельствуют о необходимости долгосрочного наблюдения и последующего ухода [103].

Основной проблемой при РШМ остается большое число больных с поздними стадиями заболевания, что связано, как правило, с несвоевременным обращением к онкогинекологу и недостаточной организованностью профилактических осмотров [37, 41, 53].

Таким образом, достигнутые на сегодняшний день достаточно высокие показатели выживаемости пациентов распространённым РШМ всё же нельзя признать удовлетворительными. Это диктует необходимость проведения разноплановых исследований, имеющих цель увеличить продолжительность жизни возможно большего числа пациентов с распространёнными стадиями РШМ. Исходя из сегодняшней ситуации, и возникла необходимость поиска адекватных подходов в лечении пациентов РШМ, обеспечивающих наряду с радикализмом гормональный, сексуальный и психоэмоциональный статус пациенток как важнейших составляющих компонентов «качества жизни» [14, 23].

Несмотря на то, что это орган визуально доступно внешнему осмотру и не требуют каких-то сложных диагностических процедуры аппаратуры, показатель запущенности опухолей шейки матки имеет тенденцию к росту.

Остающихся до сих пор нерешенной в настоящее время проблема ранней диагностики опухолей шейки матки приводит к тому, что больные поступают в лечебные учреждения в III – IV стадиях заболевания.

Реабилитационное направление медико-социальной работы с больными, страдающими онкологическими заболеваниями, формируется в связи с современными принципами медико-социальной реабилитации лиц в ситуации болезни. Главная цель всей системы медико-социальной помощи в онкологии - восстановление и/или сохранение качества жизни больного [47].

Оценка качества жизни больных рассматривается как критерий эффективности оказания медицинской помощи в онкологии. Результаты исследования качества жизни онкологических больных могут быть использованы при проведении медико-социальной реабилитации, целью которой является повышение качества жизни, восстановление социальных ролей, социальная и психологическая адаптация после проведенного комбинированного лечения.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика обследованных лиц и структура исследования

В группе исследования было 83 пациентки со злокачественными новообразованиями шейки матки с III - IV стадиями, состоявших на диспансерном учете в Ошском межобластном центре онкологии при МЗ КР с 2016 - 2018 гг.

Средний возраст больных составил 56 лет (от 28 лет до 88 лет). Наибольшее количество больных было из г. Ош – 26 (31,3%), Карасуйского района – 24 (28,9%), Узгенского района – 15 (18,0%), Наукатского – 10 (12,0%), Каракульджинского – 7 (8,4%), Алайского – 1 (1,2%) (рис. 2.1.1).

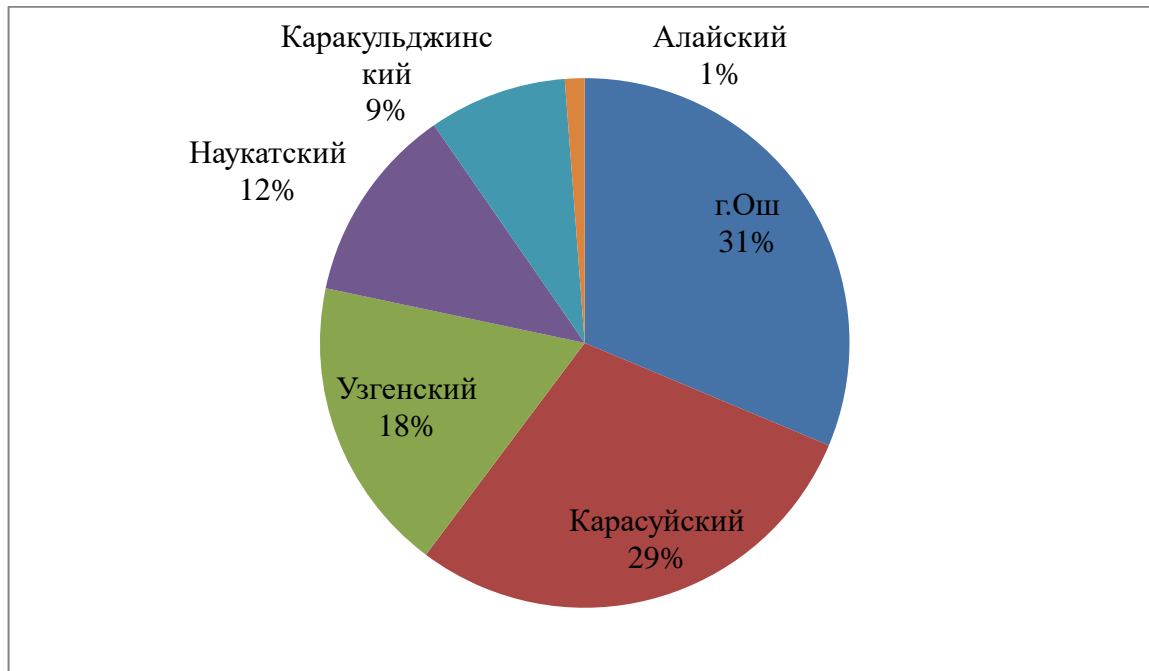


Рис. 2.1.1. – Распределение больных РШМ по месту жительства

Больные по стадиям распределились следующим образом: IIIа стадия – 36 больных (43,4%), IIIб – 40 (48,1%), IV – 7 (8,5%) (рис. 2.1.2).

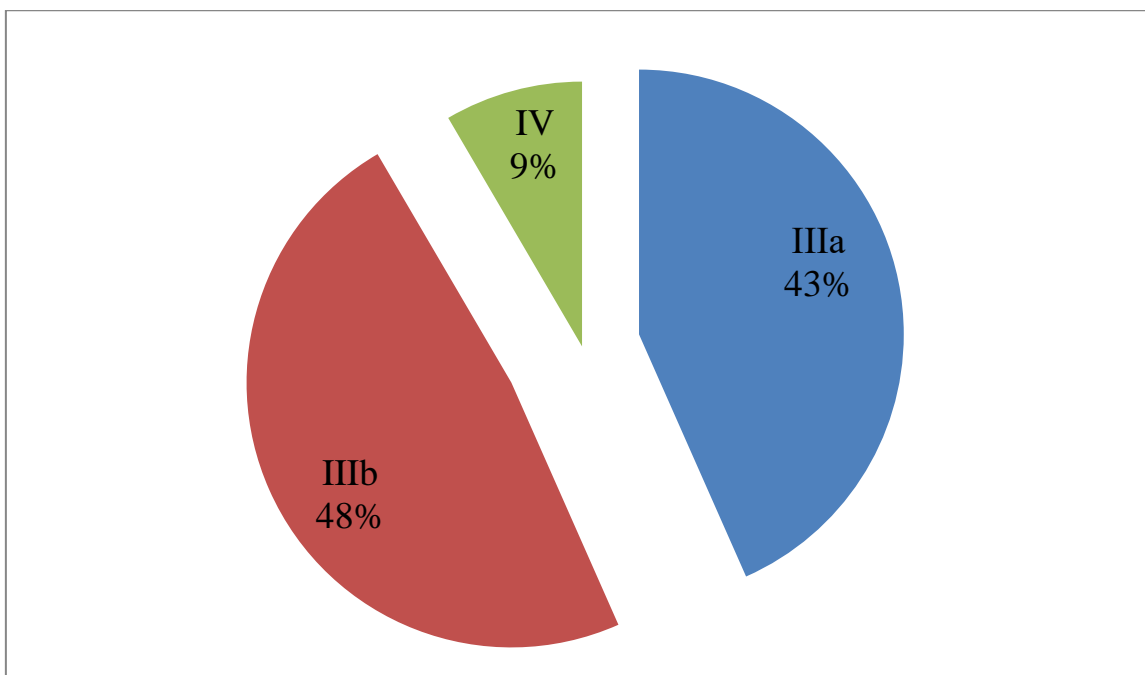


Рис. 2.1.2. – Распределение больных РШМ по стадиям

Диагноз заболевания во всех случаях был верифицирован гистологически. У 55 (66,2%) больных установлен плоскоклеточный неороговевающий рак, у 23 (27,7%) – плоскоклеточный ороговевающий рак, у 3 (3,6%) – эпидермоидный рак, а у 2 (2,4%) – аденокарцинома (рис.2.1.3).

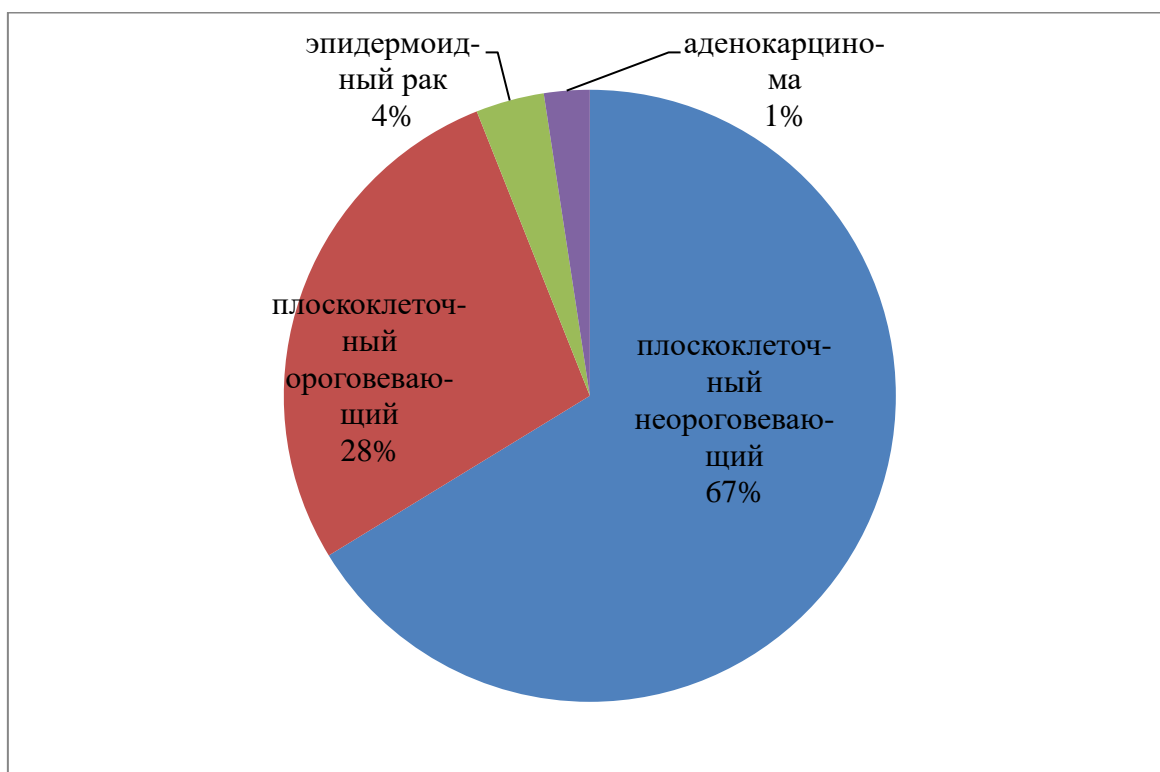


Рис. 2.1.3. – Распределение больных РШМ по гистологической структуре

2.2. Методы исследования

На рис. 2.2.1. представлен дизайн исследования.



Рис.2.2.1. – Дизайн исследования

Ранее всем было проведено комбинированное и комплексное лечение: химиолучевая (5-фторурацил 3,0мг + цисплатин 75мг/м² или паклитаксел 175мг/м² + цисплатин 75мг/м², дистанционная лучевая терапия + внутриволостная (брахитерапия)) (n = 30); операция + химиотерапия (5-фторурацил 3,0мг + цисплатин 75мг/м² или паклитаксел 175мг/м² + цисплатин 75мг/м²) (11); операция + химиолучевая (цисплатин 50мг №4) (4) специализированной помощи.

Паллиативный курс полихимиотерапии (5-фторурацил 3,0мг, цисплатин 75мг/м² или карбоплатин 450 мг) получили 20 (24,1%) пациенток. В различные сроки после специального лечения у 37 (44,6%) больных отмечены рецидивы (23) и продолжение болезни (14). В связи с этим, им не было показано дальнейшее противоопухолевое лечение. Симптоматическое лечение получали 18 (21,7%) пациенток.

Для этого исследования был использован последовательный дизайн объяснительных смешанных методов, при этом описательные перекрестные опросы были основным исследованием, а качественное исследование - второстепенным исследованием. Цель качественного исследования состояла в том, чтобы понять более глубокие проблемы и попытаться объяснить удивительные и неожиданные результаты опросов. Два перекрестных опроса, а именно: опросы пациентов и медицинских работников, были проведены среди случайно выбранных участников в двух медицинских учреждениях по лечению рака и одном поставщике паллиативной помощи в Оше, Кыргызстан. Выбранными медицинскими учреждениями были Ошский межобластной центр онкологии и Группа Семейных Врачей, а поставщиком паллиативной помощи было отделение и кабинет при ОМОЦО. Выбор медицинских учреждений был основан на предоставлении лечения рака шейки матки и паллиативной помощи, которая в основном оказывается в Южном регионе.

2.2.1 Целевая аудитория

Целевая аудитория для исследования состояла из женщин, больных раком шейки матки, лиц, осуществляющих уход, медицинских работников и заинтересованных сторон, работающих в области паллиативной помощи в Ошской области, Кыргызстан. Для участия в опросе рассматривались женщины раком шейки матки в возрасте не менее 25 лет. Включение здоровых женщин в качественное исследование было направлено на полное понимание их знаний и представлений о паллиативной помощи при раке

шейки матки для информирования о будущих программах и политике. Родственники и лица, осуществляющие уход, были включены в качественную фазу исследования, поскольку они играют решающую роль в доступе к медицинским услугам

2.2.2 Размеры выборки и отбор участников

Для обследования пациентов за исследуемый период проведена регистрация женщин больных РШМ, посетивших ОМОЦО. Была получена общая выборка из 83 женщин больных РШМ. В ходе опроса медицинских работников в общей сложности 8 медицинских работников, работающих в отделениях/отделениях по РШМ в отношении паллиативной помощи в выбранных медицинских учреждениях. Размеры выборки, достигнутые в ходе углубленных интервью и интервью с ключевыми информаторами, составили 83 человека. Участники фокус-группы и углубленного интервью были отобраны во время опроса пациентов на основе их знаний о заболевании, наличия хорошего или плохого опыта в поиске услуг по скринингу, диагностике и лечению, а также для достижения различных точек зрения в отношении исследуемых вопросов. Как для углубленных интервью, так и для общих собеседований была отобрана разнообразная группа пациентов молодого, среднего и пожилого возраста, проживающих в сельской и городской местности и имеющих различные стадии заболевания. Ключевые информации были отобраны на основе их опыта взаимодействия с пациентами РШМ. В их число входили работники здравоохранения, политики, общественные лица и руководители программ в области паллиативной помощи, предоставляющих услуги по борьбе с РШМ в КР.

Наблюдение и лечение инкурабельных больных осуществляли в условиях амбулаторно-диагностического отделения Ошского межобластного центра онкологии и на дому. Давность установления диагноза злокачественного новообразования у большинства больных на этапе паллиативного лечения составила от 1 до 3 лет (42,1 %).

В проведенном исследовании в качестве основных методов использовали: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический методы. Психическое состояние больных при включении в исследование и в динамике оценивалось клинико-психопатологическим методом с использованием критериев МКБ-10. Сведения о заболевании, сопутствующей соматической патологии, характере метода лечения получены из историй болезни и амбулаторной карты пациенток. Для выявления и оценки тяжести тревоги и депрессии использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS или TheHospital Anxiety and Depression Scale.

2.2.3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Шкала была разработана A.S. Zigmond, R.P. Snaithe в 1983 г. для выявления и оценки тяжести тревоги и депрессии у больных с соматическими заболеваниями. Позже в 1986 году данная шкала была модифицирована [117]. Шкала имеет высокую дискриминантную валидность в отношении тревоги и депрессии. Преимуществом данного теста является простота применения и обработки – заполнение шкалы занимает немного времени и не создает трудностей у пациентов, что позволяет ее рекомендовать к применению в общей медицинской практике.

Данный аспект немаловажен при исследовании больных раком шейки матки, многие из которых неохотно соглашаются на обследование, а при использовании методик, занимающих продолжительное время, и вовсе отказываются от него, ссылаясь на плохое самочувствие. Шкала состоит из 14 утверждений и разделена на две подшкалы: тревоги и депрессии. Из каждого утверждения пациенту предлагается выбрать один из четырех вариантов ответа, который наиболее полно соответствует его самочувствию.

Каждый вариант ответа соотносится с выраженностью исследуемого признака и кодируется в баллах. При интерпретации результатов выделяют три значения:

0-7 баллов – норма, 8-10 – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

2.2.4 Шкала самооценки уровня реактивной и личностной тревожности (тест Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина)

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный уровень тревожности — это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий "веер" ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения.

Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только или личностную, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю. Л. Ханиным.

Данный тест является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработан Ч.Д. Спилбергером и адаптирован Ю.Л. Ханиным. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Шкала самооценки состоит из 2-х частей, отдельно оценивающих тревожность реактивную (РТ, номера высказываний с 1 по 20) и личностную (ЛТ, номера высказываний с 21 по 40). На каждое из высказываний необходимо дать один из четырех вариантов ответа: 1 - почти никогда, 2 - иногда, 3 - часто, 4 - почти всегда.

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам: $РТ = А - В + 35$, где, А - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; В - сумма остальных зачеркнутых цифр по пунктам 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. $ЛТ = С - D + 35$, где С - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; D - сумма остальных цифр по пунктам 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. При интерпретации результаты оцениваются следующим образом: до 30 баллов - низкая тревожность; 31-45 - умеренная тревожность, 46 и более баллов - высокая тревожность. Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания, высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе.

2.2.5. Анкета-опросник

На каждого пациента при первичном обращении оформлялась специально разработанная сотрудниками Ошского межобласного центра онкологии анкета-опросник (2005), которая заполнялась во время клинической беседы в амбулаторно-диагностическом отделении Ошского межобластного центра онкологии. Также анкеты-опросники заполнялись во время первичного осмотра больных на дому. Цель анкетирования – выяснение и оценка превалирующих симптомов болезни среди онкологических больных, и их нуждаемости в паллиативной помощи, доступности медицинских и социальных ресурсов.

Слабый симптом был оценен в 1 балл, умеренный – в 2 балла, сильный – в 3 балла. Если симптомы болезни наблюдались в момент опроса, пациента просили выделить, какой он интенсивности (слабой, умеренной или сильной). Сумма этих баллов позволяет проводить оценку тяжести каждого превалирующего симптома у пациентов.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием

пакета программ Statistica 6.0. для проверки гипотезы о соответствии распределения полученных вариантов нормальному распределению использовали критерий Колмогорова-Смирнова. Для обработки уровня значимости различий использовали t-критерий Стьюдента. Различия считали значимыми при $p < 0,05 - 0,001$, а при $0,1 > p > 0,05$ на уровне тенденции к статистической значимости.

Также был рассчитан z-коэффициент или z-критерий для значимости разницы между двумя независимыми пропорциями по компьютерной программе VassarStat, p_a и p_b . Для обозначения, используемого здесь примера, n_a и n_b представляют общее количество наблюдений в двух независимых выборках, А и В; k_a и k_b представляют количество наблюдений в каждой выборке, которые представляют особый интерес; и p_a и p_b представляют пропорции k_a / n_a и k_b / n_b соответственно. Таким образом, если выборка А показывает 23 выздоровления среди 60 пациентов, $n_a = 60$, $k_a = 23$, а соотношение составляет $p_a = 23/60 = 0,3833$. Если в выборке В показано 18 выздоровлений среди 72 пациентов, $n_b=72$, $k_b =18$, а соотношение $p_b=18/72=0,2500$. Разница между двумя пропорциями составляет $\text{diff}=p_a-p_b= 0,3833-0,2500= 0,1333$.

Чтобы выполнить расчет, вводили значения n и k для образцов А и В в указанных местах, затем нажимали кнопку «Рассчитать». Главное, что эта процедура может быть применена только в том случае, если обе выборки удовлетворяют стандартному биномиальному требованию: n (p) и n ($1-p$) должны быть равны или больше 5. Вероятности с одним и двумя хвостами, связанные с результирующим значением z , были рассчитаны и отображены в соответствующих текстовых ячейках. Вероятность, рассчитанная только в одном хвосте распределения, составляет половину вероятности распределения с двумя хвостами, если аналогичные измерения были проверены с использованием обоих инструментов проверки гипотез.

ГЛАВА 3

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Социально-демографические и клинические характеристики пациенток раком шейки матки

Анализ социальных и демографических или популяционных аспектов пациенток, больных злокачественными опухолями шейки матки, показал, что жителей, проживающих в селе, было несколько больше, а именно 57 женщин, что составило 68,7%. Пациенток, проживающих в городской местности, было 26 или 31,3% (рис. 3.1.1).

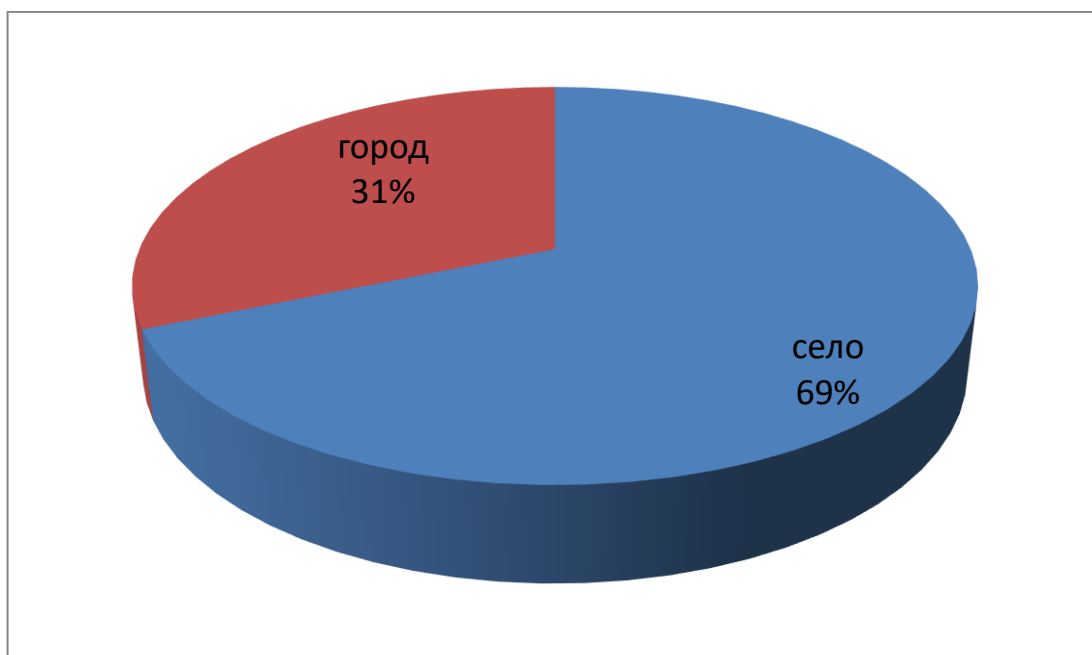


Рис.3.1.1. – Характеристика больных РШМ по месту проживания

Больные РШМ были в различных возрастных категориях. Самой младшей пациентке было 28 лет, а самой старшей – 88 лет. Наиболее представленной была группа больных, которая находилась в ранге 45-49 лет, т.е. среднего возраста, что составило 40,9%. В относительно старшей возрастной группе (более 55 лет) было 28 больных или 33,7%. Самое малое

число пациенток было в младшей группе, где обследовались шесть пациенток, что составило 7,2%.

По национальному составу также были выявлены определенные различия, которые представлены на рис. 3.1.2.

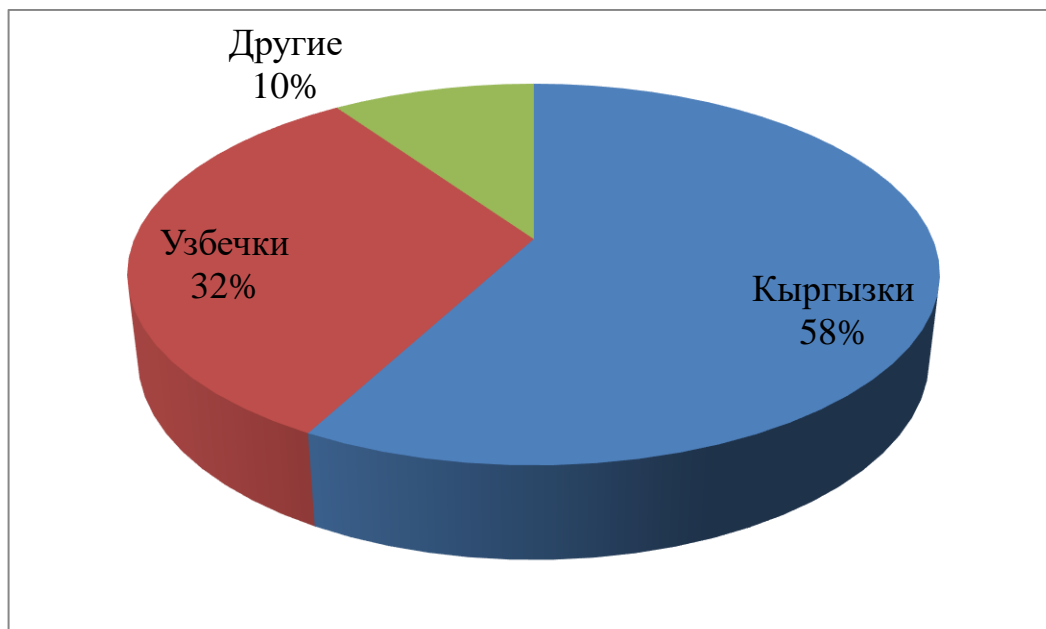


Рис. 3.1.2. – Распределение больных РШМ по этнической принадлежности

Этнически или по национальностям, представляющим клинический материал, больше всего было коренной национальности (кыргызки), которых было 48 женщин или 58,7%. Узбечки по численности находились на втором месте после кыргызок (27 или 32,5%). Другие национальности были представлены пациентками русской, татарской, уйгурской, турецкой и азербайджанской группами. Всего их было 8 женщин или 8,6%.

Семейный статус пациенток был следующим – в положении замужества было 46 женщин или 55,4%. Двадцать две пациентки были вдовами (26,5%). В статусе разведенности находилось 13 женщин (15,7%). Только малая часть женщин (2 ли 2,4%) в семейном плане никогда в анамнезе не создавали семьи (рис. 3.1.3).



Рис. 3.1.3. – Семейное положение женщин больных раком шейки матки

По духовному положению или в отношении вероисповедания, пациентки РШМ в основном были мусульманками, что в принципе закономерно. Такая тенденция наблюдается по всей области и всему Южному региону. Мусульманок было 81 женщина (97,6%). Православным течением увлекались 2 женщины (2,4%).

В отношении высшего или среднего образования, большинство пациенток имели данный статус. Так, высшее специальное образование имели 16 или 19,3%, а среднее 45 (54,2%) больных, что вместе составило 64 женщины. Совсем не было образования, т.е. даже среднего, у 2 больных (2,4%).

Относительно основной работы, 28 больных РШМ работали по специальности. Но большая часть больных нигде не работала, и они занимались в домашнем хозяйстве (37 или 44,7%). На разных профессиональных сферах трудились 5 женщин (6,0%). Определенная часть больных до болезни занимались в сфере торговли или услуг в качестве продавцов (рис. 3.1.4).

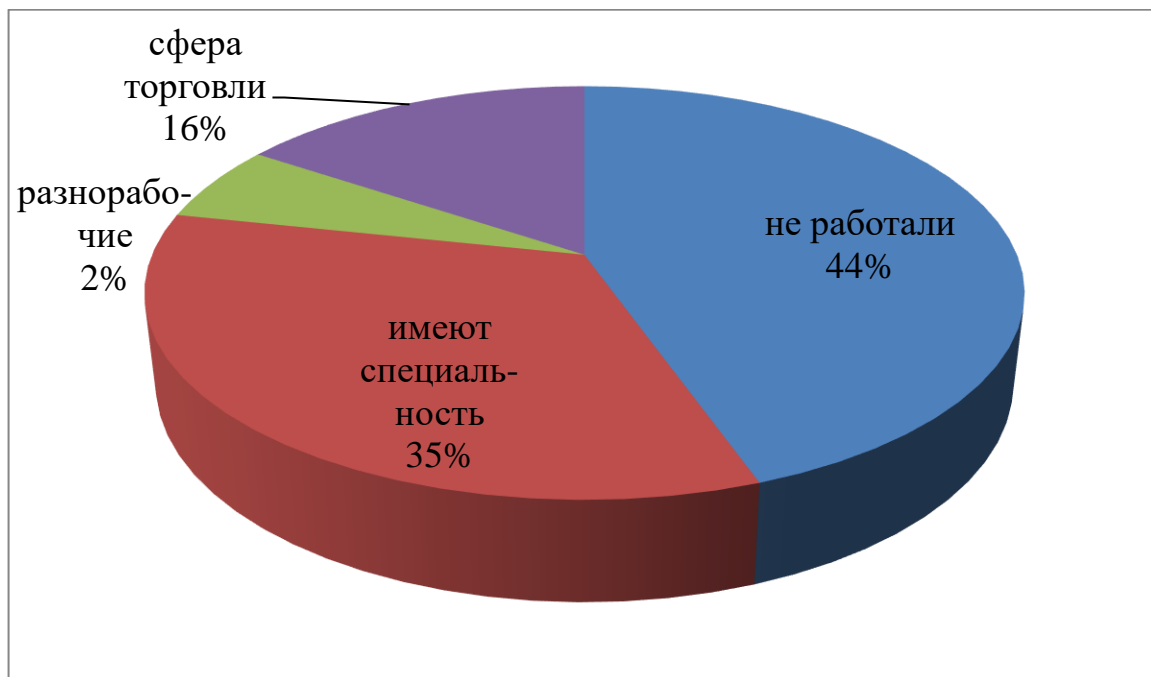


Рис. 3.1.4. – Контингент больных раком шейки матки в зависимости от занимаемой профессии

Знания о симптомах болезни очень важны в ранней диагностике, а также эффективности лечения. Через всемирную сеть интернет больные частично были осведомлены о своей болезни 47% женщин. Около половины пациенток знали о своей болезни, как о страшном недуге, знали 37 или 44,6% больных. Однако, были такие пациентки, которые совсем не были осведомлены о своем заболевании, как излечимом процессе. Таковых было 16 пациенток или (19,3%).

Кыргызская Республика получила независимость относительно недавно и пока еще находится в стадии своего развития. Социально-экономические условия еще не совсем благополучные, а уровень бедности еще остается высоким. Как и некоторые центральноазиатские страны, Кыргызстан относится к государствам с низким уровнем дохода, где внутренний валовой доход на душу населения составляет полторы тысячи долларов США.

В Кыргызстане основная популяция это сельские жители, и Ошская область не является исключением в этом плане. Промышленность не развита

и поэтому большинство женщин заняты в сельском и домашнем хозяйстве, что не приносит больших доходов. Следовательно, у большинства (53%) женщин заработная плата в месяц была примерно на уровне 15-17 тысяч сомов, что составляло около 200 американских долларов. Примерно треть пациенток не работали и не имели собственного дохода. Лишь незначительная часть пациенток имели заработок более 200 долларов США. Но этот заработок не превышал более 400 долларов. Таким образом, в финансовом плане только незначительная часть пациенток могли себя считать относительно богатыми, а большая часть были в положении статуса как среднего по доходности. Необходимо отметить, что около 15% больных находилось в относительно бедственном положении.

О том, что уровень дохода может иметь определенное влияние на состояние онкологической помощи больным злокачественными опухолями шейки матки, свидетельствуют многочисленные литературные данные. Это помогает больным проходить адекватное лечение и получать доступные лекарства. Однако, не все хорошо обстоит с доступностью специализированного лечения и лекарствам, особенно к наркотическим препаратам в поздней стадии болезни. В Кыргызской Республике имеется Закон об онкологической помощи, который предполагает получение адекватного обезболивания в терминальной стадии рака. Паллиативная помощь только развивается и еще не получила должного внимания, как со стороны пациенток, родственников, так и со стороны социальных и здравоохранительных служб. В нашем анализе пациентки раком шейки матки с распространенными формами болезни продолжали получать специальное лечение. В основном это были случаи с паллиативной химиотерапией (65 или 78,3%). Однако, около 20% больных получали только симптоматическое лечение, и радикальное специальное или паллиативное лечение в виде химиотерапии или лучевой терапии им не было показано.

При поступлении в стационар около 60% больных раком шейки матки не получали паллиативной помощи (рис. 3.1.5). Паллиативная помощь,

которая была указана пациентками, заключалась в основном в виде симптоматической терапии и частичном обезболивании. Психологическая помощь им не оказывалась.

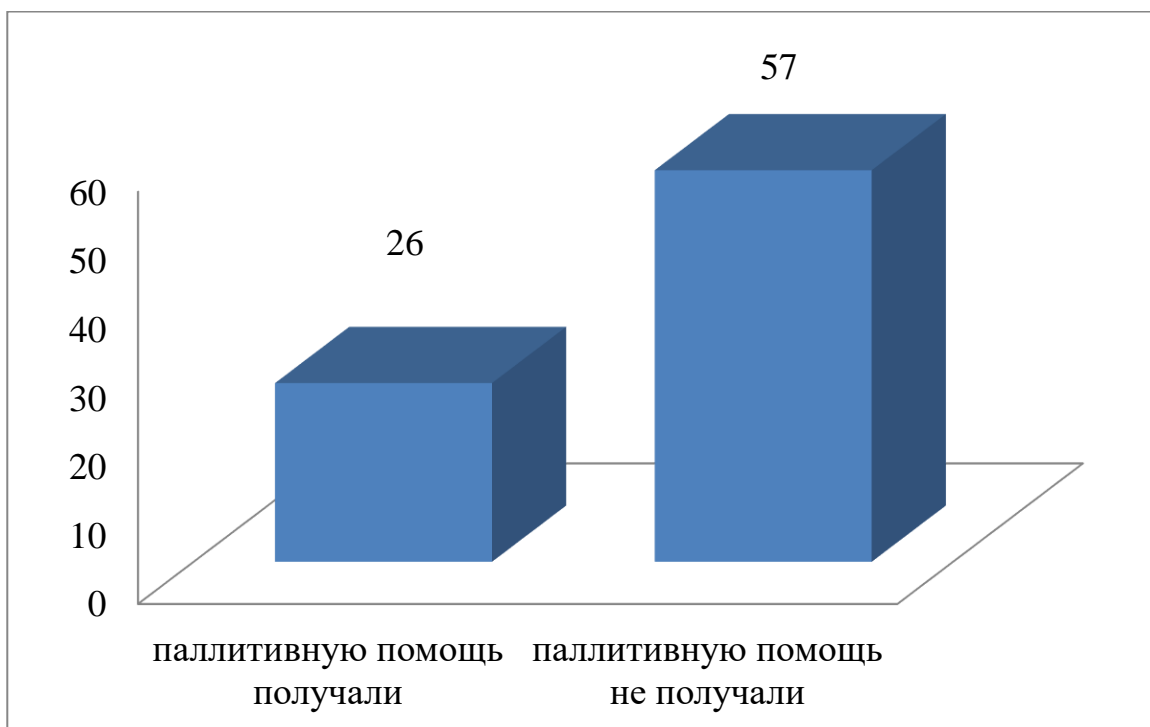


Рис. 3.1.5. – Распределение больных РШМ, получавших и не получавших паллиативную помощь

Все вышеуказанные характеристики, описанные выше и касающиеся демографических характеристики приведены в табл. 3.1.1.

Таблица 3.1.1. – Социально-демографические характеристики женщин больных раком шейки матки в Ошской области КР

Параметры		n=83, (%)
Место жительства	Город	26 (31,3)
	Село	57 (68,7)
Возраст (годы)	25–34	6 (7,2)
	35–44	15 (18,1)
	45–54	34 (40,9)
	55 +	28 (33,7)
Национальность	Кыргызы	48 (58,7)
	Узбеки	27 (32,5)
	Другие	8 (8,6)

Продолжение таблицы 3.1.1.

Семейное положение	Замужем	46 (55,4)
	Никогда не была замужем	2 (2,4)
	Вдова	22 (26,5)
	Разведена	13 (15,7)
Религия	Ислам	81 (97,6)
	Христианство	2 (2,4)
	Другое	-
Образование	Среднее школьное	45 (54,2)
	Среднее специальное	20 (24,1)
	Высшее	16 (19,3)
	Нет образования	2 (2,4%)
Профессия	Не работает	37 (44,6)
	Студент	-
	Работает - специалист	28 (33,7)
	Разнорабочая	5 (6,0%)
	Работает в сфере торговли	13 (15,7)
Личный доход (US\$)	Нет дохода	27 (32,5)
	< 200	44 (53,0)
	200–400	12 (14,5)
	400 и более	-
Финансовое положение	Очень бедное	2 (2,4)
	Бедное	13 (15,7)
	Среднее	41 (49,4)
	Богатое	27 (32,5)
	Очень богатое	-
Источники информации о РШМ	Radio, TV	7 (8,4)
	Сотрудники службы здоровья	37 (44,6)
	Другие (интернет)	39 (47,0)
Осведомленность о том, что РШМ излечим	да	16 (19,3)
	нет	41 (49,4)
	затрудняюсь ответить	26 (31,3)
Стадия РШМ	≤ II b1	7 (8,4)
	>II b1	76 (92,6)
Статус лечения	да	65 (78,3)
	нет	18 (21,7)
Получает паллиативную помощь	да	26 (41,3)
	нет	57 (68,7)

Как было указано выше, все пациентки имели запущенные стадии рака шейки матки. Таковых было более 90%, но о паллиативной помощи, ни сами пациентки, ни сами родственники, не имели представления в полном объеме. Анализ анкет показал, что примерно в 70% случаев медицинский персонал онкологического центра и других больниц советовали больным и их семьям, где можно получить паллиативную помощь (табл. 3.1.2). Данная таблица отражала общие представления от женщин, которые страдали различными симптомами на этапе прогрессирования основного заболевания. Они также отражали общие знания о тяжелых симптомах, такие как боль, неприятные или зловонные запахи, кровотечения и т.д.

Таблица 3.1.2. Знания и представления о раке шейки матки и паллиативной помощи среди женщин больных раком шейки матки Ошской области КР

Знание того, где искать услуги паллиативной помощи	n=83, (%)
Местные медицинские учреждения предлагают консультации пациентам с раком шейкой матки и их семьям	58 (69,9)
Местное медицинское учреждение предлагает женщинам медицинское просвещение по вопросам рака шейки матки.	53 (63,9)
Лечение РШМ болезненное	72 (86,7)
Лечение РШМ имеет побочные последствия	83 (100,0)
РШМ вызывает боль	59 (71,1)
РШМ сопровождается неприятными запахами	33 (39,8)
РШМ может вызвать смерть	83 (100,0)

Врачи и медсестры онкологической направленности не всегда предлагали больным РШМ различную информацию касательно болезни. Но информированность больных, не была высокой. Так, относительно своей болезни, около 87% больных знали, что рак шейки матки протекает болезненно. Почти все пациентки думали, что во время лечения могут

наблюдаться вредные последствия, связанные с лечением (60%). Около 40% больных знали информацию от других пациенток. Что во время лечения могут быть местные симптомы в виде зловоний или кровотечений, исходящих от половых путей. Примерно 80% больных раком шейки матки знали, что их болезнь является смертельной или неизлечимой.

Резюме по третьей главе диссертации. Рак шейки матки, заболевание, которое можно предотвратить, является одной из самых серьезных угроз благополучию и жизни женщин во всем мире. Это четвертый по распространенности вид рака у женщин во всем мире, и от него непропорционально страдают бедные слои населения. Одна женщина умирает от него каждые 2 минуты, и ограниченные имеющиеся данные свидетельствуют о том, что женщины с раком шейки матки обычно испытывают страдания, которые являются более сложными и тяжелыми, чем те, которые вызываются другими серьезными заболеваниями. Чтобы остановить ненужные страдания и смерть от рака шейки матки, ВОЗ разработала Глобальную стратегию по ускорению ликвидации рака шейки матки. Рак шейки матки как проблема общественного здравоохранения, которая была принята 73-й Всемирной Ассамблеей здравоохранения в августе 2020 года. Стратегия излагает всеобъемлющую дорожную карту по ликвидации в текущем столетии, которая предполагает достижение целей 90-70-90, связанных с тремя основными направлениями стратегии: (1) первичная профилактика посредством вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ), (2) скрининг с высокими точными тестами и лечение предраковых поражений, и (3) лечение инвазивного рака шейки матки, включая паллиативную помощь. Нашим фокусом являлась именно паллиативная помощь. Но в то время, как паллиативная помощь является неотъемлемой частью комплексного лечения рака, разработка и внедрение оптимальной паллиативной помощи женщинам с раком шейки матки требует лучшего понимания страданий, которые она порождает.

Наше исследование выявили проблемы касающиеся паллиативной помощи в ошской области страны. Большинство женщин не знали, куда обращаться для получения адекватной паллиативной помощи. Часть пациенток не были информированы, что болезнь может вызывать боли или патологические симптомы. Конечно, пациентки знали, что болезнь надо лечить, они доверяли врачам, но не все знали, что лечение может быть таким тяжелым и сопровождаться побочными эффектами.

В заключение следует отметить, что страдания женщин с запущенным раком шейки матки, заболеванием, характерным в основном для бедных слоев населения во всем мире, в значительной степени игнорировались научными исследованиями. Проанализировав доступную литературу и дополнив ее консенсусом экспертов, мы обнаружили, что страдания этой популяции, по-видимому, более распространены, серьезны и многогранны, чем те, которые связаны с другими видами рака. Особенно распространены сильная тазовая боль, зловонные выделения из влагалища, сексуальная дисфункция, психологический стресс и финансовая незащищенность. Тяжкое бремя страданий, которое несут женщины с раком шейки матки, делает необходимым с медицинской и моральной точек зрения обеспечение всеобщего доступа к вакцинации против вируса папилломы человека, скринингу и лечению, а также включение надлежащей, эффективной, доступной, ориентированной на людей паллиативной помощи во все уровни систем ухода за женщинами с раком шейки матки. Эта интеграция потребует энергичных усилий со стороны исследователей, должностных лиц общественного здравоохранения, онкологов, гинекологов и поставщиков первичной медико-санитарной помощи и должна быть частью общей интеграции паллиативной помощи в системы здравоохранения, что необходимо для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения.

ГЛАВА 4

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

4.1. Изучение уровня тревоги и депрессии с использованием опросника Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS)

Тревога и депрессия у онкологического контингента являются наиболее встречаемыми явлениями во время постановки диагноза, лечения, периоде ремиссии или прогрессирования заболевания. Обычной депрессией называют состояние подавленности, плохого настроения, чувство тоски. Клиническая депрессия — это совсем другое состояние, которое вообще может не сопровождаться плохим настроением, но имеет целый комплекс других симптомов и относится к психологическим расстройствам. Такие симптомы мешают нормальной жизни, работе, учебе, общению.

Из 83 больных с запущенными или распространенными формами рака шейки матки субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) и выраженная клинически тревога (11 баллов и выше) были выявлены у 35 (42,3%) и 39 (46,9%) больных, соответственно.

В градации «норма» по данной шкале находилось 9 (10,8%) пациенток. При исследовании другой шкалы, оценивающей депрессию, у пациенток РШМ субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов) была выявлена у 45 (54,2%) больных, а клинически выраженная депрессия – у 30 (36,1%) пациенток.

Пациенток, находящихся в зоне относительно нормального психологического состояния, было всего 8 (9,6%). Следовательно, практически у подавляющего большинства пациенток РШМ наблюдались психологические нарушения в виде тревоги и депрессии.

Общие данные о полученных результатах исследования по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) приведены в сводной таблице № 4.1.1.

Таблица 4.1.1. – Результаты исследования больных РШМ по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS)

Норма (0-7 баллов)		Субклинически выраженная (8-10 баллов)		Клинически выраженная (11 баллов и выше)		Всего
Тревога	9 (10,8%)	Тревога	35 (42,2%)	Тревога	39 (46,9%)	83 (100,0%)
Депрессия	8 (9,6%)	Депрессия	45 (54,2%)	Депрессия	30 (36,1%)	83 (100,0%)

В следующей таблице 4.1.2. показана пропорция больных РШМ имевших субклинически выраженную тревогу в сравнении с относительно нормальным состоянием.

Таблица 4.1.2. – Сравнение пропорций по критерию «тревога» (норма и субклинически выраженная) в соответствии госпитальной шкале тревоги и депрессии

Группа «норма»	РШМ	Группа субклинически выраженная	РШМ
$k_a =$	9	$k_b =$	35
$n_a =$	83	$n_b =$	83
$p_a =$	0,1084	$p_b =$	0,4217
$p_a - p_b =$	0,3133		$z = 4,572$

Примечание: где k_a – число больных в одной выборке, k_b – число больных во второй выборке, n_a – общее число в одной группе, n_b – число во второй группе, $p_a - p_b$: разность между соотношениями, z – критерий.

При этом, сравнение двух групп выявило, что субклинически выраженная тревога статистически достоверно значимо и чаще встречалась у пациенток РШМ имевших оценку «норма». Критерий $z = 4,572$, что означало высокую степень досовершенности ($p < 0,001$).

Следующее сравнение пропорций по критерию «тревога» (норма и клинически выраженная) в соответствии госпитальной шкале тревоги и депрессии показало, что клинически выраженная тревога также достоверно чаще встречалась, чем в сравниваемой группе. Об этом свидетельствовали высокие значения критерия z , который был равен $5,136$. Следовательно, коэффициент достоверности или критерий Стьюдента P был менее $0,001$ (табл. 4.1.3).

Таблица 4.1.3. – Сравнение пропорций по критерию «тревога» (норма и клинически выраженная) в соответствии госпитальной шкале тревоги и депрессии

Группа «норма»	РШМ	Группа клинически выраженная	РШМ
$k_a =$	9	$k_b =$	39
$n_a =$	83	$n_b =$	83
$p_a =$	0,1084	$p_b =$	0,4699
$p_a - p_b =$	0,3614		$z = 5,136$

Примечание: где k_a – число больных в одной выборке, k_b – число больных во второй выборке, n_a – общее число в одной группе, n_b – число во второй группе, $p_a - p_b$: разность между соотношениями, z – критерий.

При сравнении пропорций по критерию «тревога» (субклинически и клинически выраженная) в соответствии с госпитальной шкалой тревоги и депрессии были показаны следующие данные. То есть были сравнены две

группы пациентов, имеющих психологические нарушения в виде тревоги разной степени (табл.4.1.4).

Таблица 4.1.4. – Сравнение пропорций по критерию «тревога» (субклинически и клинически выраженная) в соответствии с госпитальной шкалой тревоги и депрессии

Группа субклинически выраженная	РШМ	Группа клинически выраженная	РШМ
$k_a =$	35	$k_b =$	39
$n_a =$	83	$n_b =$	83
$p_a =$	0,4217	$p_b =$	0,4699
$p_a - p_b =$	0,0482		$z = 0,625$

Примечание: где k_a – число больных в одной выборке, k_b – число больных во второй выборке, n_a – общее число в одной группе, n_b – число во второй группе, $p_a - p_b$: разность между соотношениями, z – критерий.

Таким образом, табл. 4.1.4. показала, что сравнение пропорций в этих группах была статистически не значимой. Критерий z был равен 0,625, а $p > 0,05$: односледовая вероятность была равна 0,266 и двухследовая вероятность 0,532.

При изучении следующего показателя по госпитальной шкале, который характеризует депрессию, было обнаружено, что депрессия у больных раком шейки матки была разной степени выраженности. Сравнивая показатель, «норма» с группой больных, у которых была обнаружена субклинически выраженная депрессия, были выявлены определенные особенности в результатах психологического тестирования.

Депрессия с нормальным значением была выявлена в 8 случаях из 83, что составило 9,6% (табл. 4.1.5). Субклинически выраженная депрессия была определена в 45 случаях, то есть в 5 раз и более чаще или 54,2%.

Статистический анализ с определением критерия z выявил высокую значимость сравниваемых значений или пропорций ($p < 0,001$): одно-следовая 0,0001 и двухследовая 0,0002.

Таблица 4.1.5. Сравнение пропорций по критерию «депрессия» (норма и субклинически выраженная) в соответствии госпитальной шкале тревоги и депрессии

Группа «норма»	РШМ	Группа субклинически выраженная	РШМ
$k_a =$	8	$k_b =$	45
$n_a =$	83	$n_b =$	83
$p_a =$	0,0964	$p_b =$	0,5422
$p_a - p_b =$	0,4458		$z = 6,16$

Примечание: где k_a – число больных в одной выборке, k_b – число больных во второй выборке, n_a – общее число в одной группе, n_b – число во второй группе, $p_a - p_b$: разность между соотношениями, z – критерий.

Сравнение пропорций больных раком шейки матки, получавших паллиативную терапию, по критерию «депрессия» (норма и клинически выраженная) в соответствии госпитальной шкале тревоги и депрессии представило следующие результаты (табл. 4.1.6). Больных с градацией норме было всего восемь, тогда как пациенток с клинически выраженной депрессией было 30.

Сопоставление результатов показало значимость исследуемых данных (0,0001 и 0,0002). Следовательно статистическая значимость сравниваемых величин была очень высокой или p менее 0,001. Частота клинически выраженной депрессии была выше, чем в норме.

Таблица 4.1.6. – Сравнение пропорций по критерию «депрессия» (норма и клинически выраженная) в соответствии госпитальной шкале тревоги и депрессии

Группа «норма»	РШМ	Группа клинически выраженная	РШМ
$k_a =$	8	$k_b =$	30
$n_a =$	83	$n_b =$	83
$p_a =$	0,0964	$p_b =$	0,3614
$p_a - p_b =$	0,42651		$z = 4,064$

Примечание: где k_a – число больных в одной выборке, k_b – число больных во второй выборке, n_a – общее число в одной группе, n_b – число во второй группе, $p_a - p_b$: разность между соотношениями, z – критерий.

В отличие от предыдущего анализа, где рассматривались результаты оценки тревоги, сравнение пропорций по критерию «депрессия» (субклинически и клинически выраженная) в соответствии госпитальной шкале тревоги и депрессии показало статистическую значимость. Пациенток с субклинически выраженной депрессией было 30 женщин. В другой подгруппе, где была клинически выраженная депрессия было 30 пациенток раком шейки матки в запущенных или распространенных стадиях болезни. Анализ проведенных исследований показал, что частота субклинически выраженной депрессии у больных РШМ была достоверно выше, чем частота клинически выраженной депрессии (табл. 4.1.7). Критерий z был равен 2,339, что означало одно хвостовую вероятность, равную 0,0097 и двух хвостовую 0,0193. Таким образом, статистически была выявлена значимость или p менее 0,05.

Таблица 4.1.7. – Сравнение пропорций по критерию «депрессия» (субклинически и клинически выраженная) в соответствии госпитальной шкале тревоги и депрессии

Группа субклинически выраженная	РШМ	Группа клинически выраженная	РШМ
$k_a =$	45	$k_b =$	30
$n_a =$	83	$n_b =$	83
$p_a =$	0,5422	$p_b =$	0,3614
$p_a - p_b =$	0,1807		$z = 2,339$

Примечание: где k_a – число больных в одной выборке, k_b – число больных во второй выборке, n_a – общее число в одной группе, n_b – число во второй группе, $p_a - p_b$: разность между соотношениями, z – критерий.

Таким образом, в целом, у 75 (90,4%) пациенток из 83 с запущенными стадиями опухолевого процесса имелись симптомы депрессии в виде субклинически и клинически выраженных форм.

4.2. Результаты исследования, полученные при применении Шкалы самооценки Спилбергера - Ханина

На первоначальном этапе в отношении применяемой шкалы была изучена реактивная (ситуационная) тревожность у больных РШМ. В табл. 4.2.1. представлены результаты по реактивной тревожности. Из данной таблицы видно, что больных РШМ, имевших симптомы низкой тревожности, были выявлены в 10 случаях или в 12,0%. Симптомы умеренной тревожности отмечались чаще, чем в предыдущей группе – 35 или 45,2% случаев.

Таблица 4.2.1. – Реактивная тревожность у больных раком шейки матки

Тревожность	Баллы	Абс.	В %
Низкая	До 30	10	12,0
Умеренная	31-45	35	42,2
Высокая	46 и более	38	45,8
Всего	-	83	100,0

Сравнение пропорций в группах больных раком шейки матки после радикального лечения с низкой и умеренной тревожностью в соответствии со шкалой самооценки Спилбергера – Ханина представлено в табл. 4.2.2. Результаты статистической значимости с определением критерия показали, что умеренная тревожность у больных с метастатическим и распространенным раком шейки матки встречалась достоверно чаще, чем у лиц с низкой тревожностью ($p < 0,001$).

Таблица 4.2.2. – Сравнение пропорций в группах с реактивной низкой и умеренной тревожностью в соответствии со шкалой самооценки Спилбергера – Ханина

Низкая тревожность	РШМ	Умеренная тревожность	РШМ
$k_a =$	10	$k_b =$	35
$n_a =$	83	$n_b =$	83
$p_a =$	0,1205	$p_b =$	0,4217
$p_a - p_b =$	0,3012		$z = 4,365$

Примечание: где k_a – число больных в одной выборке, k_b – число больных во второй выборке, n_a – общее число в одной группе, n_b – число во второй группе, $p_a - p_b$: разность между соотношениями, z – критерий.

Далее при рассмотрении у больных раком шейки матки, получающих паллиативную терапию, следующего психопатологического показателя, как личностная тревожность были выявлены определенные факты (табл. 4.2.3).

Таблица 4.2.3. – Личностная тревожность у больных раком шейки матки

Тревожность	Баллы	Абс.	В %
Низкая	До 30	7	8,4
Умеренная	31 - 45	30	36,1
Высокая	46 и более	46	55,4
Всего	-	83	100,0

Из ниже приведенной таблицы табл. 4.2.4. было показано, что личностная тревожность низкой степени была зарегистрирована у 7 (8,4%) больных с запущенными формами РШМ. При сравнении с другой подгруппой больных, у которых была умеренная степень личностной тревожности (n=30, 36,1%) были выявлены статистически значимые различия.

Таблица 4.2.4. – Сравнение пропорций в группах с личностной низкой и умеренной тревожностью в соответствии со шкалой самооценки Спилбергера – Ханина

Низкая тревожность	РШМ	Умеренная тревожность	РШМ
$k_a =$	7	$k_b =$	30
$n_a =$	83	$n_b =$	83
$p_a =$	0,0843	$p_b =$	0,3614
$p_a - p_b =$	0,2771		$z = 4,289$

Примечание: где k_a – число больных в одной выборке, k_b –число больных во второй выборке, n_a – общее число в одной группе, n_b – число во второй группе, $p_a - p_b$: разность между соотношениями, z – критерий.

Использование программы Vassarstat и вычисление критерия z показали, что $z = 4,289$, что означало односледовую вероятность – $< 0,0001$, и двухследовую – $< 0,0002$.

В следующей таблице 4.2.5. показано сравнение пропорций в группах с личностной низкой и высокой тревожностью в соответствии со шкалой самооценки Спилбергера – Ханина. С высокой личностной тревожностью было 46 пациенток или 55,4%, то есть более половины от всей группы исследованных. Сравнительный тест в соответствии со шкалой самооценки Спилбергера – Ханина выявил очень высокую достоверность сравниваемых величин или пропорций. Критерий z был равен 6,493, следовательно, $p < 0,0001$. Соответственно двухследовая вероятность была равна $p < 0,0002$.

Таблица 4.2.5. – Сравнение пропорций в группах с личностной низкой и высокой тревожностью в соответствии со шкалой самооценки Спилбергера – Ханина

Низкая тревожность	РШМ	Умеренная тревожность	РШМ
$k_a =$	7	$k_b =$	46
$n_a =$	83	$n_b =$	83
$p_a =$	0,0843	$p_b =$	0,5542
$p_a - p_b =$	0,2771		$z = 6,493$

Примечание: где k_a – число больных в одной выборке, k_b –число больных во второй выборке, n_a – общее число в одной группе, n_b – число во второй группе, $p_a - p_b$: разность между соотношениями, z – критерий.

Данный тест характеризовал личностную тревожность, как устойчивую характеристику человека, что в конкретном случае был пациент раком шейки матки. В этом смысле у пациентки раком шейки матки в терминальной стадии заболевания личностная тревожность отражала индивидуальное свойство восприятия значительного числа событий, таких как осмысление

диагноза, проведенного лечения, семейного восприятия в качестве угрожающих с реагированием на них состоянием тревоги.

В ниже приведенной таблице 4.2.6. проведено сравнение пропорций в группах с личностной умеренной и высокой тревожностью в соответствии со шкалой самооценки Спилбергера – Ханина.

Таблица 4.2.6. – Сравнение пропорций в группах с личностной умеренной и высокой тревожностью в соответствии со шкалой самооценки Спилбергера – Ханина

Низкая тревожность	РШМ	Умеренная тревожность	РШМ
$k_a =$	30	$k_b =$	46
$n_a =$	83	$n_b =$	83
$p_a =$	0,3614	$p_b =$	0,5542
$p_a - p_b =$	0,1928		$z = 2,493$

Примечание: где k_a – число больных в одной выборке, k_b – число больных во второй выборке, n_a – общее число в одной группе, n_b – число во второй группе, $p_a - p_b$: разность между соотношениями, z – критерий.

Тест выявил статистическую значимость полученных различий, критерий z был равен 2,493, а односледовая – $< 0,0063$, двухследовая – $< 0,0127$. Следовательно, частота пациенток РШМ с личностной тревожностью умеренной степени была достоверно выше, чем частота больных с низкой степенью тревожности. Эти данные свидетельствовали о том, что очень высокая личностная тревожность у больных раком шейки матки прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и возможными психосоматическими заболеваниями.

4.3. Результаты исследования, полученные с использованием Анкеты-опросника

Согласно нашим анкетным данным из всех симптомов преобладала хроническая боль, которая была зарегистрирована у 80 (96,3%) больных при первичном обращении (таб. 4.3.1).

Таблица 4.3.1. – Превалирующие симптомы при запущенных формах рака шейки матки до назначения паллиативной терапии

№	Симптомы	Число больных	%	Суммарная тяжесть симптомов в баллах
1	Боль	80	96,3	240
2	Беспокойства и депрессия	73	87,9	219
3	Раздражительность и тревога	71	85,5	213
4	Выделение из половых путей	70	84,3	210
5	Слабость	66	79,5	132
6	Похудание и потеря аппетита	57	68,6	114
7	Кровотечение из половых путей	48	57,8	96
8	Бессонница	47	56,6	94
9	Сухость или болезненность во рту	36	43,3	72
10	Запоры	35	43,3	105
11	Пролежни	27	32,5	54
12	Тошнота	21	25,3	63
13	Рвота	16	19,2	32
14	Потливость	14	16,8	28
15	Кашель	11	13,2	11
16	Одышка	10	12,0	10
17	Задержка мочи	8	9,6	24

Необходимо отметить, что боли беспокоили их в течение всего периода болезни. Пациентки жаловались на постоянную, постепенно усиливающуюся боль внизу живота, в пояснице с иррадиацией боли в нижние конечности. Боли особенно усиливались к концу дня, иногда, к ночи приобретали интенсивный характер. Более половины пациенток отметили наличие беспокойства и депрессии – 73 (87,9%). Отмечалась высокая частота распространенности раздражительности и тревоги – в 71 (85,5%) случаев. Значительная часть пациенток раком шейки матки (84,3%) до начала паллиативной терапии отмечали наличие выделений из половых путей различного характера, которые вызывали значительные неудобства для самих пациенток, а также окружающей семьи и родственников.

Такой общий симптом, как слабость пациенток проявлялась у 79,5% больных. Следующими по частоте были такие симптомы, как похудание и потеря аппетита (68,6%) и запоры (43,3%).

4.4. Результаты исследований психологических расстройств больных с запущенным раком шейки матки фертильного возраста и находящихся в состоянии постменопаузы

Женщин, больных РШМ фертильного возраста было 33 (39,8%), а в состоянии менопаузы и постменопаузы 50 (60,2%). Характеристика пациенток РШМ, обследованных о состоянии психологического статуса по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) женщин фертильного возраста представлена в табл. 4.4.1.

Анализ полученных результатов показал, что по шкале «тревога» пациенток РШМ, находящихся в фертильном возрасте, в состоянии «норма» или в зоне относительного нормального психологического состояния не было обнаружено. Субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) 8 пациенток РШМ или в 24,2% случаев. Больше всего пациентов было выявлено с клинически выраженной тревогой – 25 (75,7%). При сравнении с подгруппой

пациентов с субклинически выраженной тревогой критерий z был равен 4,185, где односледовая вероятность составила $p_1 < 0,0001$, а двухследовая $p_2 < 0,0002$.

Таблица 4.4.1. – Результаты исследования по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) женщин фертильного возраста

Норма (0-7 баллов)		Субклинически выраженная (8-10 баллов)		Клинически выраженная (11 баллов и выше)		Всего
Тревога	-	Тревога	8 (24,2%)	Тревога	25 (75,7%)	33
Депрессия	1 (3,0%)	Депрессия	13 (39,3%)	Депрессия	19 (57,5%)	33

Депрессия разной степени выраженности, определяемая как стойкое подавленное настроение, потеря интереса, чувство собственной никчемности, плохая концентрация и другие симптомы, определялась у всех пациенток фертильного возраста. В состоянии норма была выявлена одна пациентка, в зоне субклинически выраженной депрессии 13 (39,3%) и клинически выраженной 19 (57,5%). Подсчет критерия z показал, что сравнение пропорций между двумя этими подгруппами было статистически не достоверным ($z = 1,478$), а p_1 и p_2 были равны 0,0697 и 0,1394, соответственно. Следовательно, у пациенток РШМ преобладали субклинически и клинически выраженные виды депрессии.

Далее нами были изучены те же показатели, но у пациенток относительно старшего возраста, находящихся в состоянии менопаузы и постменопаузы (табл. 4.4.2).

При обследовании и анализе результатов у пациенток РШМ постменопаузального возраста в зоне относительно нормального психологического состояния по шкале тревога находилось 9 пациенток (18,0%), тогда как в субклинически выраженной – 27 (54%) и клинически

выраженной – 14 (28%). При сравнении трех анализируемых подгрупп была установлена статистически достоверная разница ($p < 0,001$). Больше всего пациенток находилось в подгруппе с субклинически выраженной тревогой – около половины от всех обследованных.

Таблица 4.4.2. - Результаты исследование по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) женщин в постменопаузы

Норма (0-7 баллов)		Субклинически выраженная (8-10 баллов)		Клинически выраженная (11 баллов и выше)		Всего
Тревога	9 (18 %)	Тревога	27 (54 %)	Тревога	14 (28 %)	
Депрессия	7 (14 %)	Депрессия	29 (58 %)	Депрессия	14 (28 %)	50

По шкале депрессия у пациенток данной группы критерию «норма» отвечали 7 (14%) больных РШМ. Субклинически выраженная депрессия определялась у 29 (58%), а клинически выраженная – у 14 (28%) больных. Сравнимые подгруппы также статистически значимо различались ($p < 0,001$).

В табл. 4.4.3. показаны сравнительные данные о полученных результатах в группах женщин фертильного и постфертильного возраста. Сравнение результатов по градации «норма» в этих группах было невозможно провести, так как абсолютное число в группе фертильного возраста было меньше 5, и, согласно программе, статистическая значимость не определялась. Из данной таблицы видно, что такие показатели, как тревога (субклинически и клинически выраженная) статистически достоверно чаще определяются у пациенток менопаузального и постменопаузального возрастов, по сравнению с женщинами фертильного возраста ($p < 0,001$).

Таблица 4.4.3. – Сравнение частоты тревоги и депрессии в группах больных фертильного и постменопаузального возрастов

Тревога (8-10 баллов)				Критерий z Достоверность P
Фертильный возраст	Постменопауза			
Тревога (8-10 баллов)				
8	24,2 %	27	54 %	$z = 2,687, p = 0,0036$
Депрессия (8-10 баллов)				
13	39,3 %	29	29 %	$z = 1,659, p = 0,0486$
Тревога (11 баллов +)				
25	75,7 %	14	28 %	$z = 4,266, p = 0,0001$
Депрессия (11 баллов +)				
19	57,5 %	14	28 %	$z = 0,592, p = 0,2769$

По госпитальной шкале депрессия, как субклинически выраженная, так и клинически выраженная, различия в двух группах не обнаружено ($p > 0,05$). Следовательно, пациентки обеих групп, как фертильного возраста, так и постменопаузального, одинаково часто страдали симптомами депрессии различной степени выраженности.

При исследовании психологического статуса у пациенток РШМ фертильного возраста с помощью шкалы самооценки Спилберга-Ханина было обнаружено, что реактивная (ситуационная) тревожность (до 30 баллов) определялась у 3 (9,0%). В зоне умеренной тревожности (31-45 баллов) находилось 11 (33,3%) больных, а высокой тревожности (46 и более баллов) – 19 (57,5%).

Относительно личностной тревожности, которая подразделялась на низкую (30 баллов) находилась одна пациентка (3,0%), умеренную (31-45 баллов) – 12 (36,3%) и высокую (46 баллов +) – 20 (60,6%) больных.

В постменопаузе результаты теста реактивной тревожности были следующие: низкая (7 или 14%), умеренная (24 или 48%) и высокая (19 или

38%). Относительно личностной тревожности низкая, умеренная и высокая отмечались в 6 (12%), 18 (36%) и 26 (52%) случаев, соответственно.

Сравнение в двух группах выявило следующее. Касательно реактивной тревожности, как умеренно выраженная, так и высокая тревожность в обеих группах были одинаково распространены ($z = 1,324$, $p > 0,05$). Такая же ситуация отмечалась при рассмотрении личностной тревожности: умеренная (12 и 18 случаев, $z=0,034$, $p > 0,05$) и высокая (20 и 26 случаев, $z=0,772$, $p > 0,05$). Следовательно, личностная тревожность была одинаково часто распространена среди женщин фертильного и постменопаузального возраста.

Членами мультидисциплинарной команды (МДК) проводилась работа по оказанию помощи и выявлению психосоматики. Необходимо отметить, что психосоматика помогает не только выявить причины развития патологии, но и скорректировать поведение женщины, что способствует быстрому облегчению, снижению вероятности развития осложнений. Одними из эффективных методов явилась ментальная блокировка. При помощи этого метода устраняют чувство вины, убирают страхи, что позволяет наладить отношения с мужчинами. Научиться прощать, стирать из памяти ненужные события, перестать смотреть на всех окружающих людей с неприязнью, избавиться от высокомерия и угрызений совести в противном случае могут возникнуть онкологические процессы в организме.

Создать позитивные установки, убрать из лексикона слова должен, обязан по отношению к мужчине это поможет снизить завышенную планку стремлений, избавиться от обид, отношения станут крепче, взаимопонимание поможет избежать развития серьезных осложнений.

Симптоматическая терапия хронической боли проводилась по трехступенчатой методике (ВОЗ, 1998) с использованием не опиоидных и опиоидных препаратов и вспомогательных препаратов. Были назначены согласно схеме препараты I, II или III ступени (рис.4.4.1.), исходя от локализации, иррадиации и интенсивности хронической боли (умеренная, сильная, очень сильная).

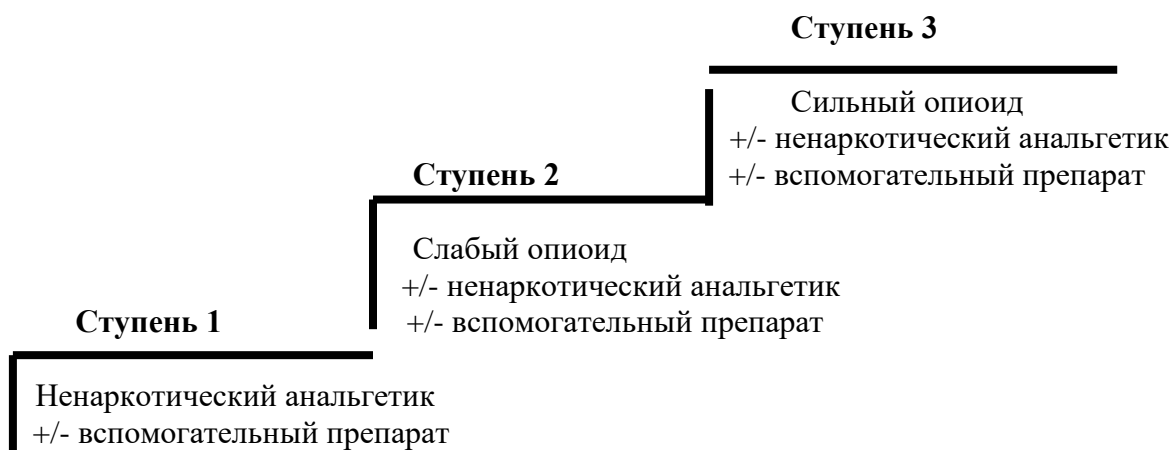


Рис.4.4.1. Лестница обезболивания Всемирной организации здравоохранения

Специалистами паллиативной помощи также использовались различные варианты симптоматической терапии (облепиховое масло водный раствор прополиса, мед (смачивали тампон в масле и вставляли во влагалище, применяли на ночь, утром извлекали). Также в качестве физиопроцедур использовали отвар календулы, тысячелистника, ромашки, бадана, боровой матки (спринцевание). Все эти методы были хороши для залечивания ран и ложа опухоли.

Нами было выявлено, что многие женщины не проходят скрининг и диагностику до тех пор, пока не становится слишком поздно, когда лечебное лечение уже невозможно. “Когда у пациентов обнаруживается рак на поздней стадии, все, что мы можем сделать, — это предложить паллиативную помощь, чтобы справиться с физической болью, кровотечением и другими выделениями” – говорили специалисты паллиативной помощи г. Оша. “Возможно, это и не лекарство, но это способ обеспечить им наилучшее качество жизни в данных обстоятельствах до их последних дней”.

Для многих больных раком шейки матки, особенно для тех, кто находится на поздних стадиях заболевания, кровотечение и запах выделений из влагалища усугубляют бремя их болезни, приводя к стигматизации и

социальной изоляции. Опыт Эннерти, которую бросил ее муж после того, как она заболела раком шейки матки, далеко не необычен.

Женщины с этим заболеванием часто воспринимаются как неспособные выполнять свои обязанности жен и управляющих домашним хозяйством, что может привести к проблемам в семье и обществе, для решения которых им может потребоваться психологическая поддержка.

Из-за совокупных потерь от неизлечимой болезни и связанных с ней социальных и семейных проблем психосоциальная поддержка является важнейшим компонентом паллиативной помощи.

Страдающие от рака шейки матки в терминальной стадии, пациентки настолько слабы, что им нужна помощь, чтобы даже сесть на пол в доме. Поэтому каждую неделю пациенток навещали медсестры и социальные работники, которые проверяли их состояние и давали лекарства. Очень часто они оказывались брошенными своими мужьями и предпочтали не говорить об этом. Многие из пациенток до болезни неплохо зарабатывали и даже обеспечивали учебу своих детей в школах и высших учебных заведениях. И это беспокойство о том, что они теперь бессильны в оказании помощи родным, еще более ухудшало психологическое состояние.

4.5. Динамика психологического статуса больных РШМ по госпитальной шкале тревоги и депрессии

После 10-ти дневного пребывания в стационаре и получения паллиативной помощи, которая заключалась в симптоматической терапии, адекватном обезболивании и психологической поддержке, были получены следующие результаты относительно госпитальной шкалы тревоги и депрессии (табл. 4.5.1).

Таблица 4.5.1. – Результаты исследования больных РШМ по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) до и после пребывания в стационаре

Симптом	Клинически выраженная (11 баллов и выше)		Критерий z Достоверность P
	До	После	
Тревога	39 (46,9%)	19 (22,9%)	$z = 3,256; p = 0,0006$
Депрессия	30 (36,1%)	18 (21,7%)	$z = 2,054; p = 0,02$

Из выше приведенной таблицы 4.5.1. видно, что число пациенток с клинически выраженной тревогой после паллиативной терапии уменьшилось с 39 до 19, т.е. почти в два раза, что было статистически достоверно с высокой степенью вероятности. Об этом свидетельствовали высокие цифры критерия $z = 3,256$ и $p = 0,0006$.

Относительно другого показателя, как клинически выраженная депрессия, то после паллиативной терапии, в том числе психологической коррекции, данный симптом определялся у 18 пациенток вместо 30. Разность была также статистически достоверной ($z = 2,054; p = 0,02$).

При рассмотрении и изучении частоты субклинически выраженных симптомов тревоги и депрессии у больных с распространенными и метастатическими формами РШМ в динамике до и после паллиативной терапии были получены следующие результаты.

Субклинически выраженные симптомы тревоги и депрессии наблюдались до начала паллиативной терапии у 35 (42,2%) и 45 (54,2%) больных РШМ. После проведения паллиативного лечения эти симптомы значительно уменьшились – тревога определялась у 16, а депрессия у 23 пациентов (табл. 4.5.2).

Таблица 4.5.2. – Результаты исследования больных РШМ по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) до и после пребывания в стационаре

Симптом	Субклинически выраженная (11 баллов и выше)		Критерий z Достоверность P
	До	После	
Тревога	35 (42,2%)	16 (19,3%)	$z = 3,196; p = 0,0007$
Депрессия	45 (54,2%)	23 (27,7%)	$z = 3,472; p = 0,0003$

Наглядно динамика пропорций клинически и субклинически выраженных симптомов тревоги и депрессии представлены на следующей диаграмме (рис.4.5.1 и рис.4.5.2).

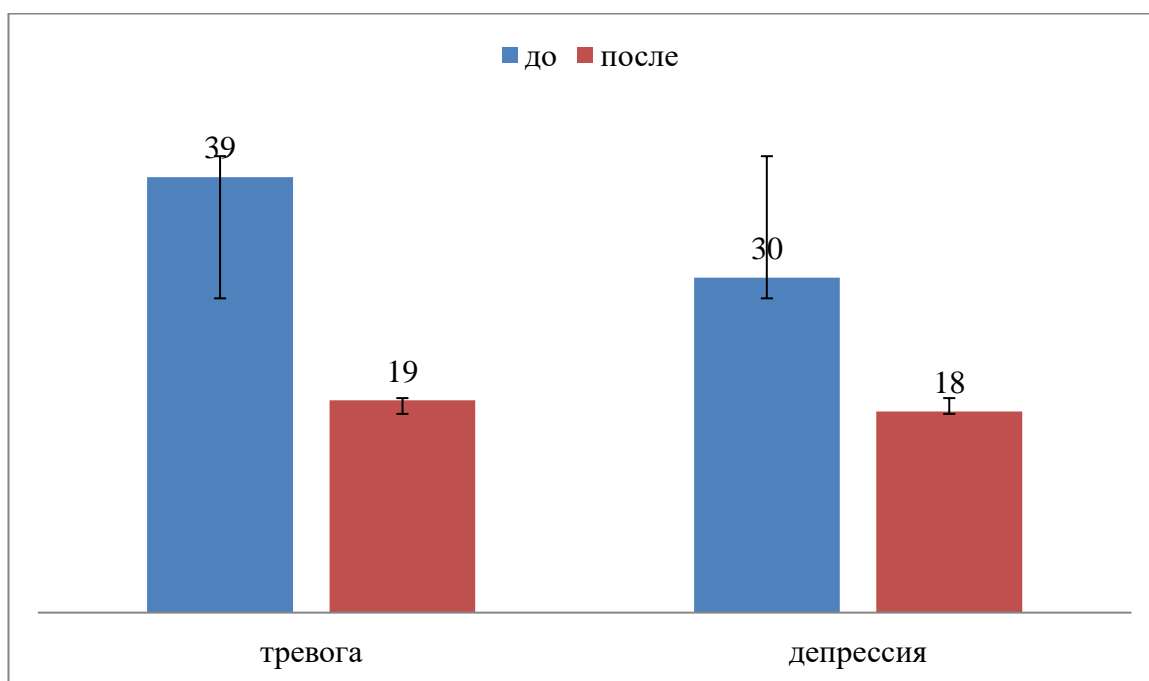


Рис. 4.5.1. – Пропорция больных РШМ с клинически выраженной тревогой и депрессией (HADS) до и после паллиативной терапии

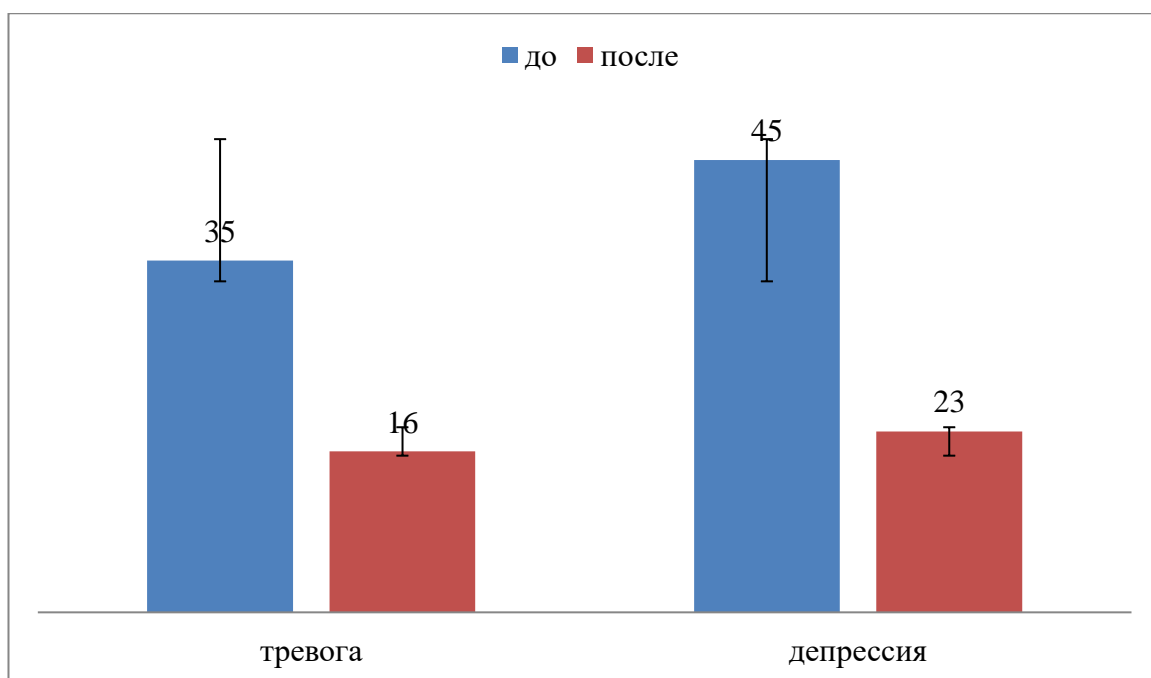


Рис. 4.5.2. – Пропорция больных РШМ с субклинически выраженной тревогой и депрессией (HADS) до и после паллиативной терапии

Из данных рисунков видно, что абсолютное число (со стандартными отклонениями) пациенток с выраженной клинически и субклинически симптомами депрессии и тревоги после паллиативной терапии и психологической коррекции уменьшилось (причем статистически достоверно), что свидетельствовало об улучшении качества жизни.

Наглядный пример о том, как изменился психологический статус пациентки раком шейки матки после проведенного паллиативного лечения, представлен на клинической ситуации (из этических соображений имя пациентки дано в виде аббревиатуры).

Клиническое наблюдение.

Больная М.Е. А., 33 года, г. Ош,

национальность – русская, разведена,

menstruation с 15 лет, по 5-6 дней, регулярные,

Беременность – 4, роды – 3, м/аборт – 1

Дата взятие на учет: 26.10 2017г.

Диагноз: Рак шейки матки IIIb стадия, II кл. гр. С3pT3bNxMoG2

Гистология: Плоскоклеточный неороговевающий cancer Ж2

18.10. 2017г. в ОМОЦО произведена нерадикальная операция – Экстирпация матки с придатками + получила послеоперационный I курс адьювантной химиотерапии по схеме: 5Fu 750мг №3 + цисплатин 100мг

С 23.11. 2017г. по 29.11. 2017г. в НЦО получила послеоперационный курс ДЛТ на аппарате ТЕРАБАЛТ 2-мя ОП ЕОД 2 Гр до СОД 40 Гр., затем 2-мя ФП с блоком до СОД 50 Гр.

2018г. – Рецидив по культти. Метастазы в пахово-подвздошные л/узлы. Кровотечение. Анемия тяжелой степени. Раковая кахексия

С 05. 2018г – 07. 2018г. получила 3 курса паллиативный ПХТ по схеме: 5Fu 2250мг + карбоплатин 450мг

Оценка психологического статуса:

Показатели по шкале HADS:

17 баллов - клинически выраженная тревога

17 баллов – клинически выраженная депрессия

Показатели по шкале самооценки Спилберга-Ханина

Реактивная (ситуационная) тревожность:

49 баллов – высокая тревожность

Личностная тревожность

52 балла – высокая тревожность

С 29.08. – 08.08. 2018 г. получила паллиативное лечение (симптоматическое + психологическая коррекция) + гемотрансфузия ЭМОЛТ 315мл (Hb – 50 г/л)

Морфин гидрохлорид 10мг 2 раза в день в/м постоянно,

Кетонал 100мг 1 таб. 4 раза в день постоянно,

Диазепам 5мг 1 таб. на ночь в течении 4 недель,

Амитриптилин 0,25мг 1 таб. 2 раза в день, продолжительность приема составляла 4 недели,

Дыхательные упражнения, аутотренинг, фитотерапия, ЛФК и массаж.

После лечения: 10 баллов – субклинически выраженная тревога

11 баллов - клинически выраженная депрессия

Реактивная (ситуационная) тревожность:

39 балл – умеренная тревожность

Личностная тревожность

45 баллов – умеренная тревожность

Резюме по 4-й главе диссертационной работы.

Пациенты с диагнозом рак шейки матки являются уязвимой группой для развития психологических расстройств, и они нуждаются в программах скрининга, которые потенциально могут выявить кандидатов на психотерапевтическое лечение. Госпитальная шкала депрессии и тревоги показала, что пациентки, как фертильного, так и постменопаузального возраста имеют высокую частоту клинически выраженной тревоги, более распространенной среди вторых. Однако признаки депрессии были более выраженными среди лиц фертильного возраста, по сравнению с постменопаузальным. Относительно реактивной и личностной тревожности, частота их распространения была одинаковой среди лиц фертильного и постменопаузального возрастов. Они требуют особого внимания, поскольку тревога и депрессия связаны со значительным бременем основного заболевания и неблагоприятными показателями выживаемости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Паллиативные методы лечения рака, в том числе рака шейки матки, включая лучевую терапию и химиотерапию, играют важную роль в улучшении качества жизни пациентов с запущенным раком за счет контроля симптомов и облегчения боли. Обеспечивая длительный контроль над заболеванием с помощью многих современных методов, они, однако, не предлагают лекарства от болезни. Многочисленные данные свидетельствуют о том, что пациенты, получающие паллиативную терапию, обычно неправильно понимают свой прогноз, намерения такого лечения и питают нереалистичные надежды на излечение своего рака. В Соединенных Штатах Общенациональное исследование, проведенное некоторыми исследователями более чем 1000 пациентов, получавших химиотерапию по поводу рака IV стадии, 70-80% пациентов не понимали, что их лечение, скорее всего, не излечит их от рака. В другом исследовании изучались ожидания пациентов с неизлечимым раком от паллиативной лучевой

терапии, и было обнаружено, что 64% не сообщили о понимании того, что лечение, скорее всего, их не вылечит. Это означало, что большинство пациентов имели неточные представления о лучевой терапии, также они имели неточные представления о химиотерапии, что указывает на то, что этот разрыв в недооценке пациентами существует для различных методов лечения.

Без полного понимания своего прогноза и ограничений лечения пациенты не могут принимать обоснованные решения о выборе лечения и уходе в конце жизни. Пациенты, которые переоценивают свой прогноз, с большей вероятностью будут проводить агрессивное лечение ближе к концу своей жизни. Такая терапия может привести к снижению качества жизни, значительным финансовым затратам и дополнительной нагрузке на пациента и его семью, особенно в случае лучевой терапии, когда требуются ежедневные посещения для лечения.

Ряд исследований также показал, что многие онкологические больные имеют неудовлетворенные потребности в общении, когда дело доходит до обсуждения их прогноза и целей лечения. Так, примерно 60% пациентов сообщили, что они хотели бы обсудить свой опыт диагностики и лечения с медицинским работником. Кроме того, в обзоре литературы, посвященном коммуникационным целям и потребностям онкологических больных, сделан вывод о том, что пациенты по-прежнему имеют неудовлетворенные потребности в общении, особенно те, которые связаны с их психологическими проблемами и предпочтительной степенью вовлеченности в процесс принятия решений.

Целью настоящей работы было исследовать расхождение между ожиданиями врачей и пациентов от паллиативного лечения, попытавшись ответить на некоторые вопросы исследования: каковы факторы, связанные с развитием нереалистичных ожиданий пациентов от паллиативной терапии?; каково состояние паллиативной помощи в Ошской области страны?; почему важно полное раскрытие информации и как это влияет на

психическое/психологическое благополучие пациентов?; каковы предпочтения пациентов и лиц, осуществляющих уход, в отношении получения прогностической информации?

Поиск по базам данных, включая Pubmed, Medline, Science Direct, EMBASE и Google Scholar, был проведен в основном за последние 10-15 лет без каких-либо ограничений на дату публикации статей. Различные комбинации соответствующих терминов и ключевых слов использовались для обеспечения полного поиска текущей литературы, такие ключевые слова включали, но не ограничивались ими, "распространенный рак", "сообщение о прогнозе", "ожидания пациентов", "предпочтения пациентов", "паллиативная терапия", "конец жизни обсуждения", "психологический статус" и др. Критерии отбора для этого обзора включали англоязычные и русскоязычные рецензируемые статьи, в которых рассказывается о больных раком на поздних стадиях и рассматривается, как они воспринимают прогностические обсуждения или уход в конце жизни. Также были включены исследования, описывающие взгляды лиц, осуществляющих уход, или медицинских работников на такие вопросы. Кроме того, отобранные статьи были проверены на предмет значимых ссылок, чтобы включить любые исследования, которые были пропущены во время поиска.

Онкологические больные, получившие соответствующее своевременное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение, характеризуются лучшей и более быстрой психосоциальной адаптацией к своему заболеванию и новым условиям жизни. В связи с этим до настоящего времени остаётся актуальной задача внедрения и проведения в онкологических отделениях комплексных лечебно-реабилитационных программ для больных, включающих психофармакотерапию и психотерапию, с учётом этапа лечения: специального (хирургического, химиотерапевтического, лучевого) или паллиативного.

Таким образом, психологическая помощь направлена на улучшение качества жизни больного. Постановка онкологического диагноза,

госпитализация в специализированную клинику, лечение, сопровождающееся травматичной операцией, возможная последующая инвалидизация с вытекающими последствиями в семейной и профессиональной сферах являются тяжелейшим стрессом для любого человека.

Высокая распространенность психологических и социальных страданий среди умирающих частично объясняется эмоционально значимыми значениями, связанными с половыми органами и сексуальной функцией, которые повреждены или были удалены. Эти значения основаны на культурных ценностях, которые часто унижают женщин, считающихся обладательницами неприятного запаха тела, и тех, чья сексуальная функция не отражает культурную норму [94]. В некоторых культурах Восточной Азии, например, статус молодой женщины в обществе и личная идентичность могут в значительной степени зависеть от способности рожать детей, которая часто разрушается РШМ или его лечением. Женщины с ВИЧ-инфекцией и РШМ могут подвергаться двойной стигматизации и подвергаться наибольшему риску психологических, социальных или духовных страданий.

В группе исследования было 83 пациентки со злокачественными новообразованиями шейки матки с III - IV стадиями, состоявших на диспансерном учете в Ошском межобластном центре онкологии при МЗ КР с 2015 - 2017 гг.

Средний возраст больных составил 56 лет (от 28 лет до 88 лет). Наибольшее количество больных было из г. Ош – 26 (31,3%), Карасуйского района – 24 (28,9%), Узгенского района – 15 (18,0%), Наукатского – 10 (12,0%), Каракульджинского – 7 (8,4%), Алайского – 1 (1,2%). Больные по стадиям распределились следующим образом: IIIa стадия – 36 больных (43,4%), IIIб – 40 (48,1%), IV – 7 (8,5%).

Ранее им было проведено комбинированное и комплексное лечение. Паллиативный курс полихимиотерапии (5-фторурацил 3,0мг, цисплатин

75мг/м² или карбоплатин 450 мг) получили 20 (24,1%) пациенток. В различные сроки после специального лечения у 37 (44,6%) больных отмечены рецидивы (23) и продолжение болезни (14). В связи с этим, им не было показано дальнейшее противоопухолевое лечение. Симптоматическое лечение получали 18 (21,7%) пациенток.

Для этого исследования был использован последовательный дизайн объяснительных смешанных методов, при этом описательные перекрестные опросы были основным исследованием, а качественное исследование - второстепенным исследованием. Цель качественного исследования состояла в том, чтобы понять более глубокие проблемы и попытаться объяснить удивительные и неожиданные результаты опросов. Два перекрестных опроса, а именно: опросы пациентов и медицинских работников, были проведены среди случайно выбранных участников в двух медицинских учреждениях по лечению рака и одном поставщике паллиативной помощи в Оше, Кыргызстан. Выбранными медицинскими учреждениями были Ошский межобластной центр онкологии и Группа Семейных Врачей, а поставщиком паллиативной помощи было отделение и кабинет при ОМОЦО. Выбор медицинских учреждений был основан на предоставлении лечения рака шейки матки и паллиативной помощи, которая в основном оказывается в Южном регионе.

Целевая аудитория для исследования состояла из женщин, больных раком шейки матки, лиц, осуществляющих уход, медицинских работников и заинтересованных сторон, работающих в области паллиативной помощи.

На каждого пациента при первичном обращении оформлялась специально разработанная сотрудниками Ошского межобластного центра онкологии анкета-опросник. Также были использованы специальные психологические тесты для онкологических больных.

Только 16 (19,3%) женщин знали информацию о том, что РШМ излечим. К сожалению, остальные пациенты полагали, что РШМ не излечим или затруднялись ответить.

В момент поступления в специализированное учреждение 65 (78,3%) больных получили и продолжали получать химиотерапию, 18 (21,7%) больных получали только симптоматическое лечение. На момент обследования 26 (женщин 41,3%) получали паллиативную помощь, но основная часть больных (57 или 58,7%) паллиативную помощь вообще не получали. Паллиативная помощь, которая была указана пациентками, заключалась в основном в виде симптоматической терапии и частичном обезболивании. Психологическая помощь им не оказывалась.

Необходимо отметить, что в Ошской области заболеваемость раком шейки матки растет, о чем свидетельствуют цифры. Так, в 2016 г. стандартизованный показатель заболеваемости РШМ был зарегистрирован на уровне 12,0 на 100 тысяч населения. В 2017 г. он был равен 12,4, а в 2018 г. – 12,7 на 100 тысяч соответствующей популяции. Темп роста показателя заболеваемости РШМ составил 105,8%, а темп прироста – 5,8% по отношению к базовым или исходным значениям или на 1,93% в год.

Также при анализе запущенности было выявлено, что в Ошской области пациенток с четвертой стадией опухолевого процесса наблюдается увеличение доли больных – с 11,8% в 2016 г. до 13,4% в 2019 г. Темп роста доля больных составил 133,3%, а темп прироста – 33,3% по отношению к базовым или исходным значениям.

Несколько лучше обстоит ситуация с третьей стадией РШМ. Так, доля больных с III стадией опухоли уменьшилась с 48,7% до 31,4%.

При рассмотрении г. Оша в отдельности, доля пациенток РШМ с III стадией опухоли уменьшилась также – с 38,7% до 20,7%. Почти в два раза уменьшилось число больных с IV стадией РШМ – с 19,3% до 10,3%.

Онкологи на местах только в 64% случаев предлагали женщинам медицинское просвещение по вопросам рака шейки матки. Пациентки примерно в 87% случаев знали, что лечение РШМ болезненное по своей сути. Практически 100% женщин полагали, что лечение РШМ имеет побочные последствия. Только 60% женщин больных РШМ считали, что

само заболевание вызывает боль, 40% пациенток предполагали, что могут быть неприятные запахи во время и после лечения. Необходимо отметить, что в терминальных стадиях и прогрессировании болезни практически у всех больных могут наблюдаться кровотечения из опухоли, распад опухоли, выделения с неприятным запахом, а также значительные отеки нижних конечностей. Безусловно, фатальность болезни и ее трагический исход всегда находится в центре внимания пациенток и самих родственников. В том, что РШМ может вызвать смертельный исход, знали почти все 83 пациентки (100,0%).

Это исследование выявило ряд проблем, связанных с паллиативной помощью в одном из регионов Кыргызстана при РШМ. Знания о подходе к паллиативной помощи ограничены из-за низкой доли женщин с раком шейки матки, которые знали, куда обратиться за паллиативной помощью.

Из 83 больных с запущенными или распространенными формами рака шейки матки субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) и выраженная клинически тревога (11 баллов и выше) были выявлены у 35 (42,3%) и 39 (46,9%) больных, соответственно.

В градации «норма» по данной шкале находилось 9 (10,8%) пациенток. При исследовании другой шкалы, оценивающей депрессию, у пациенток РШМ субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов) была выявлена у 45 (54,2%) больных, а клинически выраженная депрессия – у 30 (36,1%) пациенток.

Сравнение пропорций по критерию «тревога» (норма и клинически выраженная) в соответствии госпитальной шкале тревоги и депрессии показало, что клинически выраженная тревога также достоверно чаще встречалась, чем в сравниваемой группе ($p < 0,001$).

Нами было обнаружено, что депрессия у больных раком шейки матки была разной степени выраженности. Сравнивая показатель, «норма» с группой больных, у которых была обнаружена субклинически выраженная депрессия, были выявлены определенные особенности в результатах

психологического тестирования. Депрессия с нормальным значением была выявлена в 8 случаях из 83, что составило 9,6%. Субклинически выраженная депрессия была определена в 45 случаях, то есть в 5 раз и более чаще или 54,2% ($p < 0,0001$).

В целом, у 75 (90,4%) пациенток из 83 с запущенными стадиями опухолевого процесса имелись симптомы депрессии в виде субклинически и клинически выраженных форм.

Согласно нашим анкетным данным из всех симптомов преобладала хроническая боль, которая была зарегистрирована у 80 (96,3%) больных при первичном обращении.

Членами МДК проводилась работа по оказанию помощи и выявлению психосоматики. Необходимо отметить, что психосоматика помогает не только выявить причины развития патологии, но и скорректировать поведение женщины, что способствует быстрому облегчению, снижению вероятности развития осложнений. Одними из эффективных методов явилась ментальная блокировка. При помощи этого метода устраняют чувство вины, убирают страхи, что позволяет наладить отношения с мужчинами.

Специалистами паллиативной помощи также использовались различные варианты симптоматической терапии (облепиховое масло водный раствор прополиса, мед (смачивали тампон в масле и вставляли во влагалище, применяли на ночь, утром извлекали). Также в качестве физиопроцедур использовали отвар календулы, тысячелистника, ромашки, бадана, боровой матки (спринцевание).

После получения паллиативной помощи, которая заключалась в симптоматической терапии, адекватном обезболивании и психологической поддержке, были получены хорошие результаты относительно госпитальной шкалы тревоги и депрессии.

Число пациенток с клинически выраженной тревогой после паллиативной терапии уменьшилось с 39 до 19, т.е. почти в два раза, что

было статистически достоверно с высокой степенью вероятности ($p = 0,0006$).

Относительно другого показателя, как клинически выраженная депрессия, то после паллиативной терапии, в том числе психологической коррекции, данный симптом определялся у 18 пациенток вместо 30. Разность была также статистически достоверной ($p = 0,02$).

Субклинически выраженные симптомы тревоги и депрессии наблюдались до начала паллиативной терапии у 35 (42,2%) и 45 (54,2%) больных РШМ. После проведения паллиативного лечения эти симптомы значительно уменьшились – тревога определялась у 16, а депрессия у 23 пациентов. Все это свидетельствовало об улучшении качества жизни.

ВЫВОДЫ

1. В Ошской области заболеваемость раком шейки матки растет, о чем свидетельствуют цифры. Так, в 2016 г. стандартизованный показатель заболеваемости РШМ был зарегистрирован на уровне 12,0 на 100 тысяч населения. В 2017 г. он был равен 12,4, а в 2018 г. – 12,7 на 100 тысяч соответствующей популяции. Темп роста показателя заболеваемости РШМ составил 105,8%, а темп прироста – 5,8% по отношению к базовым или исходным значениям или на 1,93% в год.
2. В Ошской области только 41,3% больных РШМ получали паллиативную помощь, но основная часть больных (58,7%) паллиативную помощь вообще не получали. Около 30% пациенток и их семей не имели информации о том, что медицинские учреждения могут предлагать паллиативную помощь.
3. Субклинически и клинически выраженная депрессия наблюдались в 54,2% и 36,1% случаев, соответственно. Субклинически и клинически выраженная тревога наблюдались в 42,2% и 46,9% случаев, соответственно.

4. Реактивная и личностная тревожность у пациенток РШМ были выявлены у 46,5% и 55,4%, соответственно. Хроническую боль испытывали 96.3% больных РШМ.
5. Проведение паллиативной терапии и психологической коррекции статистически достоверно снижало симптомы депрессии, личностной и реактивной тревожности, уменьшало страдания от болей и других неблагоприятных явлений, что значительно повышало качество жизни пациенток раком шейки матки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо рекомендовать органам здравоохранения на региональном уровне увеличить штаты специалистов по оказанию паллиативной помощи пациенткам, страдающим раком шейки матки.
2. Необходимо выработать соответствующие меры по улучшению реабилитации больным с запущенным раком шейки матки.
3. В Ошском межобластном центре онкологии и в центрах семейной медицины рекомендовать бесперебойное обеспечение лекарственными средствами жизненной необходимости, в том числе наркотических средств.
4. Рекомендовать онкологам, психологам и социальным работникам проводить адекватную паллиативную и психологическую помощь больным с запущенными формами рака шейки матки, что значительно будет способствовать повышению качества жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аполихина И.А. Современные возможности организованного скрининга рака шейки матки / И.А. Аполихина, Е.В. Филиппенкова, Е.Г. Додова и др. // Акуш. и гин., 2016. – № 9. – С. 12-18.
2. Байрамова Г.Р. Скрининг рака шейки матки: что нового в мировой практике / Г.Р. Байрамова, Л.З. Файзуллин, А.И. Королькова и др. // Акуш. и гин., 2016. – №7. – С. 17-21.
3. Блбулян Т.А. Совершенствование методов реабилитации пациенток с интраэпителиальными неоплазиями и раком вульвы после лечения/ Т.А. Блбулян // Дис.. канд. мед.наук, 2021 – 144 с.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. / Я.В. Бохман //– Л.: Медицина, 1989. – С. 463 - 464,
5. Бочарникова Н.Б. Многокомпонентное лечение больных местнораспространенным раком шейки матки с высоким риском кровотечения / Н.Б. Бочарникова // Дисс... канд.мед.наук, 2010. – Уфа. – 131 с.
6. Букуев Н.М. Эффективность различных методов лечения рака шейки матки на ранних стадиях заболевания/ Н.М. Букуев; Автореф. дис. канд. мед.наук. – Бишкек, 2011. – С. 3.
7. Вассерман Л.И. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. – № 4. – С. 12-15.
8. Введенская Е.С. Паллиативная помощь новое направление общественного здравоохранения / Е.С. Введенская // Нижегородский медицинский журнал. 2004.- № 2 – С. 151-158.
9. Великая В.В. Качество жизни больных местнораспространенным раком молочной железы после комплексного лечения с применением нейтронной терапии/ В.В. Великая, Л.Н. Балацкая, Ж. А. Старцева и

- др. //Сибирский онкологический журнал. – 2020. – Том 19, № 2 (2020). – С.35-40.
- 10.Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов //Практическая онкология. – 2001. - № 1 (5). – С. 5-6.
- 11.Гуськова Е.А. Оптимизация методов лечения рецидивов и метастазов рака шейки матки. / Е.А. Гуськова // Дисс... канд. мед.наук, 2009, Ростов-на Дону, 224 с.
- 12.Давыдов М.И. Лекции по онкогинекологии. / М.И. Давыдов, В.В. Кузнецов. – Москва: 2009. – С. 199-200.
- 13.Давыдов М.И. Опухоли женской репродуктивной системы. / М.И. Давыдов, В.П. Летягин, В.В. Кузнецов. – Москва: 2007. – С. 197-198.,
- 14.Джемуратов М.А., Уметова Дж.А., Ташиева Г.С. и др. Злокачественные новообразования шейки матки: динамика распространённости в г. Ош и Ошской области (2010 – 2016 гг.) /М.А. Джемуратов, Дж.А. Уметова, Г.С. Ташиева и др. // Вестник ОшГУ. – 2017. - №3. – С. 40-48.
- 15.Егорова А.Т. Состояние заболеваемости раком шейки матки в Красноярском крае / А.Т. Егорова, С.В. Свирская // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – №7. – С. 90-93.
- 16.Жуков А.Е. Научное обоснование подходов к совершенствованию паллиативной помощи инкурабельным больным с онкологическими заболеваниями. / А.Е. Жуков // Дисс... канд. мед.наук, 2013. 183 с.
- 17.Заплутанов В. А. Качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста с онкологической патологией. / В. А. Заплутанов, А. В. Литовкин, В. Г. Белов и др. Журнал: Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2016. Т.5(2). – С. 25-28.
18. Ижнина Е.В. Оценка качества жизни пациента со злокачественным новообразованием орофарингеальной зоны на этапах противоопухолевого лечения/ Е. В. Ижнина, Е. В. Кочурова, Н. В. Лапина, Э. К.Рустамова //«Клиническая медицина». – 2017. – №4. – С.44-51.

- 19.Ищенко Р.В. Оценка качества жизни пациентов после гастрэктомии лапароскопическим и открытым доступом. Собственные наблюдения и обзор литературы. / Р.В. Ищенко, Р.В. Павлов, А.Н. Павленко, О.А. Кузнецова //Клиническая практика. – 2019. – Т.10(3). – С.26–34.
- 20.Каграманян И.Н. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях / И. Н. Каграманян //Метод.реком. (Приложение. 2015 г. МЗ РФ). Письмо от 26 февраля 2015 года n 17-7/10/1-797
- 21.Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. / А. Карелин. //- М.: Эксмо, 2007. - 416 с. (С. 32-34)
- 22.Карицкий А.П. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни. /А.П. Карицкий, В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева, Т.Ю. Семиглазова //Вопросы онкологии. – 2015. – Т. 61. № 2. – С. 180-184.
- 23.Киселев Ф.В. Поддерживающая терапия с применением полифенолов винограда в реабилитации онкологических больных в процессе химиотерапии. /Ф.В. Киселев//Онкология. – 2007.– Т.9. – №3. С.253-260.
- 24.Когония Л. М. Практические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у онкологических больных / Когония Л. М., Волошин В. Г., Когония Л. М. и др. //Практ. реком. – 2016. – 125 с.
- 25.Комков Е.П. Нервно-психические расстройства у онкологических больных (лечебно-реабилитационные аспекты). / Е.П. Комков, Ю.А. Магарилл, Н.П. Кокорина //Сибирский онкологический журнал. – 2009. – Т.2(32). – С.40-43.
- 26.Корчуганова И.П. Профессиональное развитие и поддержка педагогов, работающих с детьми группы риска (Методическое пособие). Под науч. Ред. профессора С.А. Лисицына, С.В. Тарасова. / И.П. Корчуганова // С-Пб.: ЛОИРО. – 2006. – 172 с. (с. 85-87).

27. Костюк И.П. Паллиативные эвисцерации малого таза в хирургическом лечении местно-распространенного и рецидивного рака шейки матки. / И. П. Костюк, А. Ю. Шестаев, К. Г. Шостка и др. // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – №1 (37). – С. 65-72.
28. Кузнецова О.В. Паллиативная химиотерапия рака шейки матки: надежда или путь в никуда? / О. В. Кузнецова, В.Г. Дубинина, О. В. Лукьянчук, А. И. Рыбин // Здоровье Украины, Жовтень. – 2016. – С.34-42.
29. Куприянова И. Е. Качество жизни и психическое здоровье. / И. Е. Куприянова, В. Я. Семке. // - Томск: РАСКО, 2004. – 121 с.
30. Марилова Т. Ю., Андрианов О. В., Марилов Т. В. Психопатологические реакции онкологических больных / Т. Ю. Марилова, О. В. Андрианов, Т. В. Марилов // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина. – 2003. - № 2. – С. 28-30.
31. Миндубаев Э.Ю. Системная полирадиомодификация в комплексном лечении плоскоклеточного рака шейки матки IIb стадии. / Э. Ю. Миндубаев // Дисс. канд. мед. наук, 2015. – Казань. – 141 с.
32. Моров О.В. Совершенствование организации радиотерапевтического лечения пациентов со злокачественными новообразованиями. / О. В. Моров // Дисс. канд. мед. наук, Обнинск, 2019, 146 с.
33. Московченко Д.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы/ Д. В. Московченко // Дисс. канд. мед. наук. – Москва. – 2016. – 218 с.
34. Налгиева Ф.Х. Обоснование применения рентгеноваскулярных вмешательств для улучшения результатов комбинированного лечения больных раком шейки матки, осложненным кровотечением. / Ф. Х. Налгиева // Дисс... Канд. мед. наук. – 2012. – Казань. – 141 с.
35. Настольная книга практического психолога / Сост. С.Т. Посохова, С.Л. Соловьева. - СПб.: Сова, 2008. – 671 с. (С. 132-140)

36. Николаева Н.В. Современные подходы к организации и совершенствованию методов паллиативного лечения больных диссеминированными формами злокачественных новообразований. / Н.В. Николаева // Дисс... докт. мед. наук. – 2006. – Москва. – 337 с.
37. Ормонова Ж.А. Эпидемиологические аспекты рака шейки матки в южном регионе Кыргызской Республики / Ж. А Ормонова; Автореф. дис. канд. мед. наук. – Бишкек, 2012. – 22 с.
38. Пересыпкина Е.А. Моделирование и прогнозирование распространенности и исходов злокачественных новообразований женских половых органов. / Е.А. Пересыпкина // Дисс... канд. мед. наук, 2013. – Курск, 171 с.
39. Покуль Л.В. Поствариозомический синдром: особенности патогенеза, диагностики и прогнозирования у больных раком тела и шейки матки после противоопухолевого лечения. / Л.В. Покуль // Дисс... докт. мед. наук, 2010. – 318 с.
40. Покуль Л.В. Современные этиопатогенетические аспекты blastom шейки матки / Л.В. Покуль. // Журнал акушерства и женских болезней, 2015. – Т. LXIV, вып. 6. – С. 58-67.
41. Протасова А.Э. Клиническая оценка и фармакоэкономический анализ диагностики и лечения основных злокачественных опухолей женских гениталий в амбулаторных условиях. / А. Э. Протасова // Автореф. дис. докт. мед. наук. Санкт-Петербург, 2012. – 239 с.,
42. Расулов С.Р. Ретроградная эндолимфатическая химиотерапия запущенных стадий рака легкого, молочной железы, желудка и поджелудочной железы / С. Р. Расулов // Дисс. докт. мед. наук, 2010. Ростов-на Дону, -225 с.
43. Роговская С.И. Цервикальная папилломавирусная инфекция. Возможности комбинированной терапии / С.И. Роговская, Т.Н. Бебнева // Акуш. и гин. 2016. – № 11. – С. 26-32.

- 44.Рязанкина А.А. Комплексная оценка и коррекция синдрома ракообусловленной слабости и болевого синдрома у инкурабельных больных раком молочной железы. / А.А. Рязанкина //Дисс... на соиск. ученой степ. канд.мед.наук, 14.01.12 – онкология, Санкт-Петербург, 2016, 109 с.
- 45.Савин А.И. Психопатологические проявления и личностные особенности у больных раком тела матки / А.И. Савин //Дисс... канд.мед.наук. – 2016. – Москва. – 122 с.
- 46.Сборник психологических тестов. Часть I: Пособие / Сост. Е.Е. Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2005. – 155 с. (с. 16-18)
- 47.Семиглазова Т.Ю. Качество жизни с точки зрения врача и пациента. / Т. Ю. Семиглазова, А. П. Карицкий, В. А. Чулкова, М. В. Вагайцева // Материалы XIX Российского онкологического конгресса. – М., 2015.
- 48.Семиглазова Т.Ю., Семиглазов В.В., Филатов Л.В. и др. Качество жизни – важный критерий эффективности таргетной терапии метастатического поражения скелета при раке молочной железы / Т.Ю. Семиглазова, В.В. Семиглазов, Л.В. Филатов и др. // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2013. № 1-2. – С. 17-22.
- 49.Семиглазова Т.Ю. Психологические аспекты лечения онкологических больных / Т. Ю. Семиглазова, Г. А. Ткаченко, В. А. Чулкова // Злокачественные опухоли. – 2016. - № 4. спецвыпуск 1. С.- 54-58.
- 50.Сергеев Н.И. Роль и место современных методов визуализации в диагностике и оценке результатов консервативного лечения больных с метастатическим поражением скелета. / Н.И. Сергеев //Дисс... канд. мед.наук, 2017. – Москва – 233 с.
- 51.Семке В. Я. Психотерапевтическая реабилитация онкологических больных / В. Я. Семке, Л. Н. Балацкая // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – 2007. – Вып. 13. – С. 84-87;
- 52.Сидорчук Т. А. Технологии повышения качества жизни онкологических больных/ Т. А. Сидорчук //Технологии психолого-социальной работы в

- условиях мегаполиса: материалы международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 25-26 ноября 2010 г. - СПб.: СПбГИПСР, 2010. – С. 77-81.
53. Суворова Ю.В. Роль рентгеноэндovasкулярных вмешательств в комбинированном лечении больных раком почек, мочевого пузыря и шейки матки. / Ю.В. Суворова // Дисс... докт. мед. наук. – 2010, Санкт-Петербург. – 185 с.
54. Холланд Дж. Psycho-Oncology // Сб. статей и материалов Международной школы психосоциальной онкологии / Дж. Холланд, М. Ватсон. // «Психосоциальный подход в клинической онкологии: от науки и практике». – 2013 – С. 8-14.
55. Черенков В.Г. Онкология. / В. Г. Черенков // Москва: 2017. – С. 211–212.
56. Черкасова Е.А. Оценка качества жизни у больных с онкопатологией. / Е. А. Черкасова, И.Л. Кром, И. А. Новичкова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2011. – Том 1. – № 7. – С.45. www.medconfer.com ID: 2011-07-2467-A-1359.
57. Чойнзонов Е.Л. Качество жизни онкологических больных. / Е. Л. Чойнзонов, Л. Н. Балацкая // Сибирский онкологический журнал, Томск. 2012. – С.152.
58. Чулкова В.А. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники. / В. А. Чулкова, И. П. Комяков, А. Е. Карелов и др. // Учебное пособие для врачей-онкологов, СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – 2012. – 30 с.
59. Чуруксаева О.Н. Повышение эффективности лечения больных местнораспространенным раком шейки матки/ О. Н. Чуруксаева // Дисс. докт. мед. наук. – 2013. – Томск. – 315 с.
60. Шегай Т.С. Местно-распространенный рак шейки матки у больных пожилого и старческого возраста/ Т. С. Шегай // Дисс... канд. мед наук. 2009. – Томск. – 112 с.

61. Allemani C. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): Analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. / C. Allemani, T. Matsuda, V. Di Carlo, et al. //Lancet. – 2018. – V. 391. – P.1023-1075.
62. Arbyn M. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: A worldwide analysis. / M. Arbyn, E. Weiderpass, L. Bruni, et al. //Lancet Glob Health. – 2020. – V.8. – P.191-203.
63. Bates M.J. A review of patients with advanced cervical cancer presenting to palliative care services at Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre, Malawi. / M.J. Bates, A. Mijoya //Malawi Med J. – 2015. – V.27. – P.93-95.
64. Canadian Cancer Society: Cancer Information: Cervical Cancer. <https://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/cervical/prognosis-and-survival/survival-statistics/?region=on>
65. Cancer Australia: National Cancer Control Indicators. <https://ncci.canceraustralia.gov.au/>
66. Chia-Chun Li. Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors in Taiwan/Li Chia-Chun, Chen Mei-Ling, Chang Ting-Chang, et al. //Eur J Oncol Nurs. – 2015. – V.19(5). – P.486-94.
67. Clark D. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: The situation in 2017. / D. Clark, N. Baur, D. Clelland, et al. //J Pain Symptom Manage. – 2019. – V.39. – P.794-807.
68. Connor S.R. (ed): Global Atlas of Palliative Care (ed 2). / S.R. Connor. (ed): //London, UK, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2020.
69. Connor S.R. Estimating the Number of Patients Receiving Specialized Palliative Care Globally in 2017./ S.R. Connor, C. Centeno, E. Garralda, et al. //J Pain Symptom Manage. – 2021. – V.61(4). – P.812-816.

70. Edwards R.L. Palliative care integration: a critical review of nurse migration effect in Jamaica./ R. L. Edwards, P.A. Patrician, M. Bakitas, A. Markaki. //BMC Palliat Care. – 2021. V.13. – N.20(1). – P.155.
71. Ferlay J. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods./ J. Ferlay, M. Colombet, I. Soerjomataram, et al. //Int J Cancer. – 2019. – V.15. – N. 144 (8). – P.P.1941-1953.
72. Ferrell B.R. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. / B.R. Ferrell, J.S. Temel, S. Temin, et al. //J Clin Oncol. – 2017. – V.35(1). – P.96–112.
73. Gonçalves V. Long-term quality of life in gynecological cancer survivors./V. Gonçalves //Curr Opin Obstet Gynecol. – 2010.– V.22(1). – P.30-5.
74. Greimel E.R. Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study./ E.R. Greimel, R. Winter, K.S. Kapp, et al. //Psychooncology. – 2009. – V.18 (5). – P.476-82.
75. Grigsby P.W. FIGO 2018 staging criteria for cervical cancer: Impact on stage migration and survival. / P.W. Grigsby, L.S. Massad, D.G. Mutch, et al. //Gynecol Oncol. – 2020. – V.157. – P.639-643.
76. Hannon B. Provision of palliative care in low- and middle-income countries: overcoming obstacles for effective treatment delivery. / B. Hannon, C. Zimmermann, F. M. Knäul, et al. //J Clin Oncol. – 2016. – V.34(1). – P.62–68.
77. Hong S. Cancer statistics in Korea: Incidence, mortality, survival, and prevalence in 2017. / S. Hong, Y.J. Won, Y. R. Park, et al. //Cancer Res Treat. – 2020. – V. 52. – P.335-350.
78. Jadoon N.A. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. / N.A. Jadoon, W. Munir, M.A. Shahzad //BMC Cancer. – 2010. – V. 10. – P.594.

79. Jeffrey M. Fowler. The gynecologic oncology consult: Symptom presentation and concurrent symptoms of depression and anxiety. /J. M. Fowler, K.M. Carpenter, P. Gupta, et al.//Obstet Gynecol. – 2004. – V.103. – P.1211-1217.
80. Kaneyasu Y. Working Group of the Gynecological Tumor Committee of the Japanese Radiation Oncology Study Group (JROSG). A multi-institutional survey of the quality of life after treatment for uterine cervical cancer: a comparison between radical radiotherapy and surgery in Japan./ Y. Kaneyasu, H. Fujiwara, T. Nishimura, et al. //J Radiat Res. – 2021. – V.10. – N. 62(2). – P.269-284.
81. Kelly H Weiss. Association of antiretroviral therapy with high-risk human papillomavirus, cervical intraepithelial neoplasia, and invasive cervical cancer in women living with HIV: A systematic review and meta-analysis. / K. H. Weiss, H.A. Benavente, et al. //Lancet HIV. – 2018. – V.5. – P.45-58.
82. Kim Y.J. Retrospective review of symptoms and palliative care interventions in women with advanced cervical cancer. / Y. J. Kim, M.F. Munsell, J.C. Park, et al. //Gynecol Oncol. – 2015. – V.139. – P.553-558.
83. Knaul F.M. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief: An imperative of universal health coverage. / F.M. Knaul, P.E. Farmer, E.L. Krakauer, et al. //Lancet. – 2018. – V.391. – P.1391-1454.
84. Knaul F.M. Technical Note and Data Appendix for “Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—An Imperative of Universal Health Coverage: / F.M. Knaul, P.E. Farmer, E.L. Krakauer, et al. //The Lancet Commission Report”. Miami, FL, University of Miami Institute for Advanced Study of the Americas, 2018.
85. Kobayashi M. Psychological distress and quality of life in cervical cancer survivors after radiotherapy: do treatment modalities, disease stage, and self-esteem influence outcomes?/ M. Kobayashi, T. Ohno, W. Noguchi, et al. //Int J Gynecol Cancer. – 2009. – V.19(7). – P.1264-8.
86. Krakauer E.L., Kwete X., Verguet S., et al. Palliative care and pain control, in Jamison D.T., Gelband H., Horton S, et al. (eds): Disease Control

- Priorities. / E.L. Krakauer, X. Kwete, S. Verguet, et al. //Improving Health and Reducing Poverty, Volume 9 (ed 3). Washington, DC, World Bank, 2018, P. 235-246
- 87.Krakauer E.L. Palliative care, toward a more responsive definition. in MacLeodR. D., Block L. (eds): Textbook of Palliative Care. Cham, Switzerland, /E.L. Krakauer // Springer Nature, 2019, P.125-32.
- 88.Krakauer E.L. Augmented Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to Refractory Suffering./ E.L. Krakauer, K. Kane, X. Kwete, et al. //JCO Glob Oncol. – 2021. – V.7. – P.886-895.
- 89.Kyei K.A. Quality of life among cervical cancer patients undergoing radiotherapy./ K.A. Kyei, F. Yakanu, A. Donkor, et al. //Pan Afr Med J. 2020. – V.17. – N.35. – P.125.
- 90.Lau K.L. Psychiatric morbidity in Chinese women after cervical cancer treatment in a regional gynaecology clinic. // K.L. Lau, P.H.W. Yim, E.Y.W. Cheung. /East Asian Arch Psychiatry. – 2013. – V. 23. – P.144-153.
- 91.Lee K.B., Kim Y.S., Lee J.M. Oncologic outcomes of adjuvant chemotherapy alone after radical surgery for stage IB-IIA cervical cancer patients.//J Gynecol Oncol. – 2018. – V.29(1). – P.5-12.
- 92.Li C.C.Quality of life among survivors of early-stage cervical cancer in Taiwan: an exploration of treatment modality differences./ K.B. Lee, Y.S. Kim, J.M. Lee // Qual Life Res. – 2017. – V.26(10). – P.2773-2782.
- 93.Maree J.E. The experiences of women living with cervical cancer in Africa: A metasynthesis of qualitative studies. / J.E. Maree, L. Holtslander, J.E. Maree //CancerNurs 10.1097/NCC.0000000000000812 [epub ahead of print on March 24, 2020]
- 94.Maree J.E. Zambian women's experiences and understanding of cervical cancer: A qualitative study. / J.E. Maree, I. Kaila // Int J Gynecol Cancer. – 2014. – V. 24. – P.1065-1071.
- 95.Mishra K. Gynaecological malignancies from palliative care perspective. / K. Mishra //Indian J Palliat Care. – 2011. – V.17. – P.45-51.

96. Monina G. Bartoces. Quality of life and self-esteem of long-term survivors of invasive and noninvasive cervical cancer/Bartoces M.G., Severson R.K., Rusin B.A., et al. //J Womens Health (Larchmt). – 2009. – V. 18(5). – P.655-61.
97. National Cancer Institute: Cancer Stat Facts: Cervical Cancer. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html>.
98. Rayment C. Neuropathic cancer pain: Prevalence, severity, analgesics and impact from the European Palliative Care Research Collaborative–Computerised Symptom Assessment study. / C. Rayment, M.J. Hjermstad, N. Aass, et al. //Palliat Med. – 2012. – V.27. – P.714-721.
99. Rudd P. Cervical cancer in southern Malawi: A prospective analysis of presentation, management, and outcomes. / P. Rudd, D. Gorman, S. Meja, et al. //Malawi Med J. – 2017. – V.29. – P.124-129.
100. Sengayi-Muchengeti M. Cervical cancer survival in sub-Saharan Africa by age, stage at diagnosis and Human Development Index: A population-based registry study. / M. Sengayi-Muchengeti, W.Y. Joko-Fru, A. Miranda-Filho, et al. //Int J Cancer. – 2020. – V.147. – P. 3037-3048.
101. Shrestha G. Experiences of cervical cancer survivors in Chitwan, Nepal: A qualitative study. / G. Shrestha, R. Mulmi, P. Phuyal P., et al. //PLoS One. –2020. – V.5. – N.15(11). – P.234-8.
102. Shulman L.N. Bringing cancer care to the poor: Experiences from Rwanda. / L.N. Shulman, T. Mpunga, N. Tapela, et al. //Nat Rev Cancer. – 2014. – V.14. P.815-821.
103. Sung Uk L. General health status of long-term cervical cancer survivors after radiotherapy. / Uk L. Sung, Ae K. Young, Y. Young-Ho, et al. //Strahlenther Onkol. – 2017. – V.193(7). – P. 543-551.
104. Taechaboonsermsak P. Causal relationship between health promoting behavior and quality of life in cervical cancer patients undergoing radiotherapy. / P. Taechaboonsermsak, J. Kaewkungwal, P. Singhasivanon, et

- al. //Southeast Asian J Trop Med Public Health. – 2005. – V.36(6). – P.1568-75.
105. Taneepanichskul S. Quality of life among Thai women diagnosed with cervical cancer and cervical intraepithelial neoplasia at King Chulalongkorn Memorial Hospital./ S. Taneepanichskul, S. Lertmaharit, S. Pongpanich, et al. //J Med Assoc Thai. – 2011. – V. 94(8). – P.902-7.
106. Uwayezu M.G. Competencies for Nurses Regarding Psychosocial Care of Patients With Cancer in Africa: An Imperative for Action./ M. G. Uwayezu, B. Nikuze, J. E. Maree, et al. //JCO Glob Oncol. – 2022. – V.8. – P.210-22.
107. Vistad I.A critical review of patient-rated quality of life studies of long-term survivors of cervical cancer./ I. Vistad, S.D. Fosså, A.A. Dahl //Gynecol Oncol. – 2006. – V.102(3). – P.563-72.
108. Weobong B. Sustained effectiveness and cost-effectiveness of the Healthy Activity Programme, a brief psychological treatment for depression delivered by lay counsellors in primary care: 12-month follow-up of a randomised controlled trial./ B. Weobong, H.A. Weiss, D. McDaid, et al. //PLoS Med. – 2017. – V.14. – P.100-23.
109. World Health Organization (WHO): World Health Assembly Adopts Global Strategy to Accelerate Cervical Cancer Elimination. WHO, 2020. <https://www.who.int/news-room/detail/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination#:~:text=The%20World%20Health%20Assembly%20has,detected%20early%20and%20managed%20effectively>
110. World Health Organization (WHO): World Health Assembly Resolution 67.19: Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care Throughout the Life Course. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2014.

111. World Health Organization (WHO): Framework on Integrated, People-Centred Health Services. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2016.
112. World Health Organization (WHO): Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2020.
113. World Health Organization (WHO): Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Primary Health Care: A WHO Guide for Planners, Implementers and Managers. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2018.
114. World Health Organization (WHO): Task Shifting: Rational Redistribution of Tasks Among Health Workforce Teams. Global Recommendations and Guidelines. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2008.
115. World Health Organization (WHO): WHO Definition of Palliative Care.2002. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
116. Zeng Y.C. Quality of life in cervical cancer survivors: a review of the literature and directions for future research./ Y.C. Zeng, S.S. Ching, A.Y. Loke //Oncol Nurs Forum. – 2011. – V.38(2). – P.107-17.
117. Zigmond A. S. The Hospital Anxiety and Depression scale [Text] / A. S. Zigmond, R.P. Snaith // Br Med J (Clin Res Ed). – 1986. – Vol.1. – N. 292(6516). – P.344.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Ф.И.О. больного _____

Часть I (оценка уровня тревоги)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе

- 3 — все время
- 2 — часто
- 1 — время от времени, иногда
- 0 — совсем не испытываю

2. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться

- 3 — определенно это так, и страх очень велик
- 2 — да, это так, но страх не очень велик
- 1 — иногда, но это меня не беспокоит
- 0 — совсем не испытываю

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове

- 3 — постоянно
- 2 — большую часть времени
- 1 — время от времени и не так часто
- 0 — только иногда

4. Я легко могу сесть и расслабиться

- 0 — определенно это так
- 1 — наверное, это так
- 2 — лишь изредка это так
- 3 — совсем не могу

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

- 0 — совсем не испытываю
- 1 — иногда
- 2 — часто
- 3 — очень часто

6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться

- 3 — определенно это так
- 2 — наверное, это так
- 1 — лишь в некоторой степени это так
- 0 — совсем не испытываю

7. У меня бывает внезапное чувство паники

- 3 — очень часто
- 2 — довольно часто
- 1 — не так уж часто
- 0 — совсем не бывает

КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ _____

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

Часть II (оценка уровня депрессии)

8. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

- 0 — определенно, это так
- 1 — наверное, это так
- 2 — лишь в очень малой степени это так
- 3 — это совсем не так

9. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

- 0 — определенно это так
- 1 — наверное, это так
- 2 — лишь в очень малой степени это так
- 3 — совсем не способен

10. Я испытываю бодрость

- 3 — совсем не испытываю
- 2 — очень редко
- 1 — иногда
- 0 — практически все время

11. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

- 3 — практически все время
- 2 — часто
- 1 — иногда
- 0 — совсем нет

12. Я не слежу за своей внешностью

- 3 — определенно это так
- 2 — я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 1 — может быть, я стала меньше уделять этому времени
- 0 — я слежу за собой так же, как и раньше

13. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения

- 0 — точно так же, как и обычно
- 1 — да, но не в той степени, как раньше
- 2 — значительно меньше, чем обычно
- 3 — совсем так не считаю

14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

- 0 — часто
- 1 — иногда
- 2 — редко
- 3 — очень редко

КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ _____

Приложение 2. Шкала самооценки уровня реактивной и личностной тревожности (тест Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина)

Шкала ситуационной тревожности					
№ п/п	Суждение	Выбираемые ответы			
		Нет, это не так	Пожалуй , так	Верно	Совершен но верно
		1	2	3	4
1	Я спокоен				
2	Мне ничто не угрожает				
3	Я нахожусь в состоянии напряжения				
4	Я внутренне спокоен				
5	Я чувствую себя спокойно				
6	Я расстроен				
7	Меня волнуют возможные неудачи				
8	Я ощущаю душевный покой				
9	Я встревожен				
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения				
11	Я уверен в себе				
12	Я нервничаю				
13	Я не нахожу себе места				
14	Я взвинчен				
15	Я не чувствую скованности и напряжения				
16	Я доволен				
17	Я озабочен				
18	Я слишком возбужден, и мне не по себе				
19	Мне радостно				
20	Мне приятно				

Шкала личностной тревожности

№ п/п	Суждение	Выбираемые ответы			
		Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
		1	2	3	4
21	У меня бывает приподнятое настроение				
22	Я бываю раздражительным				
23	Я легко могу расстроиться				
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как другие				
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть				
26	Я чувствую прилив сил, желание работать				
27	Я спокоен, хладнокровен и собран				
28	Меня тревожат возможные трудности				
29	Я слишком переживаю из-за пустяков				
30	Я бываю вполне счастлив				
31	Я все принимаю близко к сердцу				
32	Мне не хватает уверенности к себе				
33	Я чувствую себя беззащитным				
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей				
35	У меня бывает хандра				
36	Я бываю доволен				
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня				
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником				
39	Я уверенный человек				
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах				

Приложение 3. Анкета – опросник

Анкета – опросник

Ф. И. О. больного _____

Симптомы \ Баллы	1	2	3
Боль			
Похудание и потеря аппетита			
Слабость			
Тошнота			
Рвота			
Раздражительность и тревога			
Беспокойства и депрессия			
Сухость или болезненность во рту			
Потливость			
Бессонница			
Одышка			
Кашель			
Вздутие живота			
Патологическое выделение из половых путей			
Кровотечение из половых путей			
Задержка мочи			
Запоры			
Затрудненное мочеиспускание			
Отеки в нижних конечностях			
Пролежни			

Приложение 4. Акт внедрения



УТВЕРЖДАЮ
Директор ОМОЦО МЗ КР
M. I. Moldoveanu Молдоев М.И.
« 31 » 10 2022г.

Акт внедрения результатов научно-исследовательской (диссертационной) работы Бургоевой М.Н. в практическую деятельность ОМОЦО МЗ КР

1. **Автор внедрения:** Бургоева Миновар Нышановна, врач онкогинеколог амбулаторно-диагностического отделения ОМОЦО МЗ КР.
2. **Наименование научно-исследовательской (диссертационной) работы:** «Медико-психологические аспекты лечения больных с запущенными формами рака шейки матки в Ошской области».
3. **Краткая аннотация:** посвящена изучению психологического состояния больных с запущенным раком шейки матки и эффективности паллиативного лечения. Впервые проведены медицинские мероприятия по выявлению и изучению психологических расстройств у пациенток с запущенным раком шейки матки. Выявленные психологические расстройства и обуславливающие их причины имеют важное значение для предупреждения данных расстройств у больных с запущенным раком шейки матки. Доказано что коррекция психологических расстройств в паллиативной терапии с запущенными формами рака шейки матки значительно повышает качество жизни пациентов.
4. **Эффект от внедрения:** материалы диссертационной работы позволяют сформировать стандарты паллиативного лечения рака шейки матки в запущенных стадиях.
5. **Место и время внедрения:** материалы диссертации внедрены в практическую деятельность паллиативной отделении и амбулаторно-диагностического отделения Ошского межобластного центра онкологии (г. Ош, ул. Ашимахунова 46) с сентября 2016 года по настоящее время.
6. **Форма внедрения:** практический, позволяет определить соответствующих мер по улучшению реабилитации больных с запущенным раком шейки матки.

Зав. АДО ОМОЦО

Зам. директора по лечебной
работе ОМОЦО, к.м.н.

Рафиков Заверено
инспектор ОК



Абдуллаев Ш.

Паизова З.М.

Исмаилов Т.