

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2016 • Том 10 • № 4



OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

ISSN 2313-7347

2016 Vol. 10 No 4

www.gynecology.su

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Идрисова Л.Э.¹, Солопова А.Г.¹, Табакман Ю.Ю.²,
Макацария А.Д.¹, Суренков А.А.¹

¹ ФГБОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России

² Онкологический клинический диспансер №1 Департамента здравоохранения г. Москвы

Резюме

Психологическая реабилитация онкогинекологических больных является важной проблемой современной медицины. Сегодня без квалифицированной психологической помощи невозможно представить эффективность терапевтического процесса в онкологии. Применение современных методов диагностики и лечения позволило увеличить продолжительность жизни больных. В свою очередь, использование данных технологий способствовало многочисленным осложнениям и серьезным психосоциальным расстройствам, наблюдающимся у онкологических больных. Возникла потребность в изменении подхода к восстановлению путем внедрения в реабилитационный процесс комплексных психокоррекционных программ, направленных на адаптацию пациентов к новым условиям жизни. Процесс психореабилитации при этом следует рассматривать как комплекс индивидуальных и групповых психотерапевтических мероприятий, основной целью которых является восстановление личностного и социального статуса онкобольного с учетом имеющихся патологий и ограничений. Таким образом, оказание адекватной психотерапевтической помощи на базе учреждений онкологического профиля и реабилитационных центров позволит улучшить качество и создать благоприятные условия для жизни пациентов в обществе.

Ключевые слова

Онкология, онкогинекология, психологическая реабилитация онкологических больных, восстановление социального статуса, улучшение качества жизни.

Статья поступила: 17.10.2016 г.; в доработанном виде: 14.11.2016 г.; принята к печати: 12.12.2016 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Идрисова Л.Э., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Макацария А.Д., Суренков А.А. Основные направления психологической реабилитации онкогинекологических больных. Акушерство, гинекология и репродукция. 2016; 4: 94-104.

THE MAIN DIRECTIONS OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF ONCOGYNECOLOGIC PATIENTS

Idrisova L.E.¹, Solopova A.G.¹, Tabakman Yu.Yu.², Makatsariya A.D.¹, Surenkov A.A.¹

¹ FSBEI HE I.M. Sechenov First MSMU MOH Russia

² Cancer clinical dispensary №1 Department of Health of Moscow

Summary

Psychological rehabilitation of gynecological cancer patients is an important problem of modern medicine. Today, without the qualified psychological help is impossible to imagine the effectiveness of the therapeutic process in oncology. The use of modern methods of diagnosis and treatment has increased the life expectancy of patients. In turn, the use of these technologies have contributed to numerous complications and serious psychosocial disturbances seen in cancer patients. There is a need to change the approach to the recovery of patients by implementing the rehabilitation process of complex psycho programs aimed at the adaptation of the patients to the new conditions of life. The process of psychological rehabilitation it should be viewed as a set of individual and group psychotherapeutic interventions, the main purpose of which is to restore the cancer patient personal and social status, taking into account existing pathologies and restrictions. status, taking into account existing pathologies and restrictions. Thus, the provision of adequate psychotherapeutic assistance on the basis of oncological institutions and rehabilitation centers will improve quality and create favorable living conditions for patients in the community.

Key words

Oncology, cancers, psychological rehabilitation of cancer patients, the restoration of social status, improving the quality of life.

Received: 17.10.2016; **in the revised form:** 14.11.2016; **accepted:** 12.12.2016.

Conflict of interests

The authors declared that they do not have anything to disclosure regarding funding or conflict of interests with respect to this manuscript.

All authors contributed equally to this article.

For citation

Idrisova L.E., Solopova A.G., Tabakman Yu.Yu., Makatsariya A.D., Surenkov A.A. The main directions of psychological rehabilitation of oncogynecologic patients. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduktsiya / Obstetrics, gynecology and reproduction.* 2016; 4: 94-104 (in Russian).

Corresponding author

Address: ul. Zemlyanoi Val, 62-1, Moscow, Russia, 109004.

E-mail: gemostasis@mail.ru (Idrisova L.E.).

Реабилитация онкологических больных является важной и социально значимой проблемой, которой в последние годы в медицинской литературе уделяется особое внимание [34,38]. В первую очередь это определяется высокой распространенностью и стремительным ростом онкологических заболеваний как в нашей стране, так и во всем мире [31,42,45]. Согласно последнему отчету Всемирной организации здравоохранения, к 2030 г. число новых случаев онкологических заболеваний возрастет примерно на 70%, достигнув цифры 21,6 млн в год (по сравнению с 14 млн в 2012 г.). Количество смертей от онкологических заболеваний во всем мире возрастет с 8,2 до 13 млн в год. За последнее десятилетие прирост частоты обнаружения злокачественных новообразований в

среднем составляет примерно 15%. В целом по России отмечается самый высокий прирост онкопатологии в мире [45]. Так, в 2014 г. на учете в онкологических учреждениях в России состояли 3,29 млн больных, что почти на 290 тыс. больше, чем в 2012 г. [2,8].

Современная медицина достигла высокого уровня в диагностике и лечении больных с различными формами онкологических заболеваний, что, в свою очередь, послужило расширению спектра программ по реабилитации онкобольных, в т.ч. и гинекологического профиля [22,33,34]. Несмотря на это, анализ существующих в нашей стране программ показал, что большинство из них не включает в реабилитационную практику немедикаментозных (психологических и психофизиологических) методов работы с онкологи-

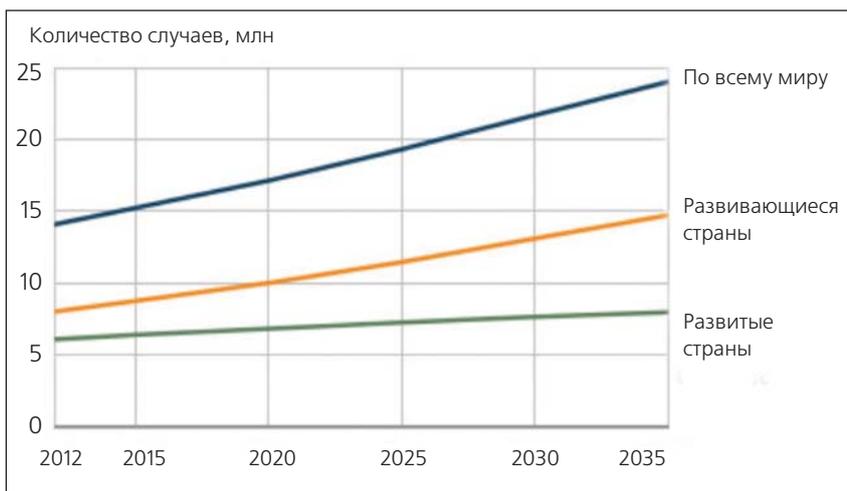


Рисунок 1. Прогноз увеличения случаев онкологических заболеваний в мире на период до 2035 г. [46].

ческими больными, относящихся к числу важнейших факторов, влияющих на эффективность процесса реабилитации в целом [39,40].

Результаты исследований за последние десять лет свидетельствуют о широкой распространенности у больных с онкологической патологией так называемых реактивных состояний, возникающих в ответ на стремительно развивающееся заболевание [36,39,42]. Эти состояния, обусловленные психотравмирующим воздействием основного соматического заболевания, проявляются трудноразрешимыми психологическими нарушениями и социальными расстройствами [1,20]. Согласно данным эпидемиологических исследований, психосоциальные расстройства у онкологических больных развиваются в 70-80% случаев [6,40,42].

Так, при онкопатологии женских половых органов нередко выполняют обширные оперативные вмешательства с удалением яичников, матки, большого сальника, применяют химио-, гормоно- и лучевую терапию, что приводит к нарушению репродуктивной и менструальной функции женщин. После указанных методов лечения часто развиваются различные психологические расстройства и кризисные состояния, проявляющиеся тревогой, чувством безнадежности, неопределенности, пессимистической оценкой будущего, суицидальными мыслями и наклонностями [26,44]. Женщины склонны чувствовать вину, имеют заниженную самооценку, а также расценивают здоровье и болезнь как случайность, делегируя ответственность за выздоровление другим людям, прежде всего врачам, что усложняет последующий процесс лечения и реабилитации [24]. Поэтому особое внимание исследователей всего мира устремлено, прежде всего, на пациенток с такими заболеваниями.

Исследования, проведенные в США и Европе, показали, что пациенты с онкологическими заболеваниями, которые после выписки из клиники начинают посещать курсы психореабилитационной терапии и

психологических консультаций, не только способны улучшить качество жизни при болезни, но и меньше подвержены ее рецидивам. Был сделан вывод о том, что психологическая коррекция не противопоставляется основному противоопухолевому лечению, а, наоборот, потенцирует его воздействие и ускоряет процесс реабилитации [27,31].

По данным «Американской онкологической ассоциации» (American Cancer Society, ACS), к 2014 г. число успешно вылеченных онкобольных достигло 14,5 млн человек [37]. И такой успех онкологи ACS связывают не только с достижениями в диагностике и лечении, но и, далеко не в последнюю очередь, с внедрением

квалифицированной психологической помощи онкобольным. Этим объясняется стремительный рост за рубежом онкологических центров, применяющих психологические и психокоррекционные методы в лечении больных с онкологическими заболеваниями. Так, проведенные исследования в Пенсильванском университете США (University of Pennsylvania) в 2013 г. показали, что 70% таких центров активно используют в своей практике восстановительную психотерапию и психологическое консультирование [34,37].

В приказе Минздрава России от 15.11.2012 N 915н (с изменениями на 23 августа 2016 г.) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» особое внимание уделяется психологическим аспектам помощи пациентам, где указано, что реабилитационные мероприятия в России должны в обязательном порядке включать оказание психологической помощи больным с онкологическими заболеваниями и членам их семей путем проведения индивидуальных консультаций для онкобольных и семинаров для родственников, осуществляющих уход. Также в приказе отмечено, что все реабилитационные программы осуществляются при взаимодействии врачей-специалистов различного профиля, включая обязательно медицинского психолога, физиотерапевта и врача по лечебной физкультуре [17].

Восстановление, в той или иной степени, психологического и некоторых аспектов социального статуса может стать для онкогинекологических больных конечной целью реабилитации, имеющей очень важную морально-этическую и гуманную роль. На каком бы этапе течения заболевания не находился пациент, какому бы виду лечения он не подвергался, переживания, сопровождающие онкологическое заболевание, всегда влияют на то, как живет этот больной, и определяют качество его жизни [28,38].

Таким образом, под реабилитацией онкологических больных следует понимать не только систему государ-

ственных, правовых, социально-экономических, медицинских, профессиональных и педагогических программ, но комплекс психореабилитационных мероприятий, направленных на адаптацию пациентов, в т.ч. и гинекологического профиля, к новым условиям функционирования организма, возникшим в результате заболевания и лечения злокачественного новообразования [17].

Основная цель психологической онкорекреации – адаптация больного к изменившейся жизненной ситуации, формирование адекватных психологических установок и реакций, обучение технике релаксации, снятию психологического напряжения и коррекции внутриличностных изменений [15,21].

Важнейшие задачи психической реабилитации – ускорение процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактика и лечение развивающихся патологических психических нарушений [21]. Решение этих задач возможно только на основе детального изучения всего спектра психических изменений в динамике на всех этапах заболевания, природы этих изменений, анализа «внутренней картины» болезни, исследования социально-психологических факторов, определяющих психическое состояние пациента в разные сроки от начала болезни.

В настоящее время в практике реабилитации онкогинекологических больных используются разные подходы коррекции психической сферы пациенток. На основании результатов многочисленных исследований [13,24,25,27] были определены основные направления психологической реабилитации.

В качестве ключевых состояний, подлежащих психокоррекции, выделяют:

1. Патологическое отношение (реагирование) пациента к заболеванию;
2. Тревожно-депрессивное расстройство;
3. Отсутствие жизненной позиции и потребности в самореализации;
4. Неуверенность в себе и своих силах, сниженная самооценка;
5. Сложности в общении с окружающими (нарушение межличностных отношений и социальной адаптации).

Также в научной литературе предложены различные комплексные реабилитационные программы коррекции психологического состояния больных, в т.ч. и женщин, страдающих онкогинекологическими заболеваниями, которые включают следующие методы [10,19,23,25,27]:

1. Когнитивно-поведенческие;
2. Десенсибилизации психологических травм с помощью движения глаз (ДПДГ);
3. Нервно-мышечной релаксации (метод Джекобсона);
4. Креативной визуализации образов (с использованием бинауральных музыкальных ритмов и прослушивания записей звуков природы);

5. Арт-терапия (изо-терапия, дансинг-терапия);
6. Прямого или косвенного внушения (суггестивные);
7. Оздоровительных упражнений Цигун;
8. Личностно-ориентированные и групповые.

Данные методы активно применяются как для групповой, так и для индивидуальной психотерапии. Безусловно, индивидуальные программы обладают большей результативностью, поскольку все внимание психолога сосредоточено на конкретном пациенте, что позволяет более детально понять его проблемы, оценить психологический статус и назначить соответствующее психотерапевтическое лечение. Однако для решения проблем межличностного характера, где основным реабилитационным аспектом выступает межличностный контакт, метод групповой психокоррекции незаменим.

При работе с онкологическими больными, в т.ч. и гинекологического профиля, эффективность психотерапевтической помощи значительно увеличивается при комбинировании различных восстановительных методов, в связи с этим в программу психологической реабилитации включают различные методы и их сочетание [27]. Таким образом, психореабилитационная программа приобретает комплексный характер.

Три основных этапа психологической реабилитации онкобольных [13]:

1. Дооперационный;
2. Послеоперационный;
3. В отдаленный период.

Работа в дооперационном периоде направлена преимущественно на коррекцию представлений пациента о болезни, структурирование всех имеющихся у него знаний о заболевании, проговаривание с психологом возникающих страхов и отрицательных установок по поводу данной нозологии [10,19,26]. Для этой задачи актуальны такие направления, как убеждение и ценностное ориентирование в рамках когнитивно-поведенческой и рационально-эмоциональной психотерапии [13,16].

Психотерапия в раннем послеоперационном периоде направлена на предотвращение самоизоляции и погруженности в болезнь [16,26]. Наиболее эффективными в данном случае выступают различные направления групповой психотерапии, позволяющие создать условия общения, приближенные к естественным [13,26,48].

В отдаленные периоды восстановительного лечения психокоррекция является более продолжительной и сложной по сравнению с предыдущими этапами, поскольку ранние психосоматические расстройства переходят в тяжелые тревожно-депрессивные состояния [10,24,25].

Для коррекции патологических типов реагирования на болезнь используют методы когнитивно-поведенческой психотерапии, разработанные Аароном Беком, основные принципы которых направлены на поведение человека, для обнаружения существующих

мыслей (когнитивных) и обнаружения тех мыслей, которые являются источниками психологических расстройств. Когнитивно-поведенческие техники применяются с целью устранения негативных представлений о болезни, создания новых стереотипов мышления и способов адекватной оценки и анализа сложившихся проблем и переживаний, а также с целью подкрепления новых утверждений и установок [3,16].

Основная задача данной психотерапии – научить онкологических больных отслеживать свои негативные автоматические мысли, выявлять и изменять дезорганизирующие убеждения, ведущие к искаженному восприятию своего состояния. Для реализации данных расстройств используют простые и доступные для больных методики [3,27,41]:

- дневник мыслей: записывание онкобольным своих мысли в дневник в течение нескольких дней позволяет психологу понять, о чем больной чаще всего думает, сколько времени на это тратит, и насколько сильные эмоции испытывает от своих мыслей;
- замена эмоций: замена эмоции обиды, злости и ненависти на более мягкие и адекватные, которые позволят комфортнее построить свою дальнейшую жизнь;
- методика переоценки: психолог может помочь пациенту взвесить цену достижения цели (выздоровление) и цену проблемы (сложность лечения) и решить, стоит ли бороться дальше или отказаться от достижения этой цели;
- методика повторения: повторить несколько раз правильный образ мышления, чтобы разрушить сформировавшийся стереотип;
- план действий на будущее: разработка реалистического плана действий на будущее, с указанием конкретных сроков и условий выполнения;
- позитивное воображение: пациент постепенно меняет образ от негативного к более нейтральному и даже позитивному. Положительный образ заменяет отрицательный и оказывает релаксирующее действие;
- смена ролей: онкобольного просят представить, что он пытается утешить друга, оказавшегося в подобной жизненной ситуации.

Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ) – самостоятельный метод психотерапии, разработанный Ф. Шапиро для лечения посттравматических стрессовых расстройств. В медицинской литературе встречаются сведения о целесообразности применения данного метода для психологической реабилитации онкологических больных, поскольку он позволяет за короткий промежуток времени достичь более выраженного и стойкого состояния психологической адаптации, чем при использовании традиционных приемов рациональной психотерапии [13,35].

В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического

механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы, при активизации которой происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации. В результате тяжелых психологических расстройств и стрессовых ситуаций, какими являются онкологическая патология и связанные с этим представления, может нарушаться деятельность данной системы. Негативная информация как бы «замораживается» в ЦНС и длительное время сохраняется в своем первоначальном, непереработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга. В результате отрицательные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого пациента проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт [23].

Использование в ходе проведения процедуры ДПДГ повторяющихся серий движений глаз приводит к активации множества участков мозга, разблокированию изолированной нейронной сети и десенсибилизации травматических переживаний, что позволяет нормализовать состояние онкобольных, снять тревожность, страхи, и в кратчайшие сроки достичь психологического комфорта [23,35].

Учеными из США [30,35] проводилась оценка состояния головного мозга пациентов, находящихся в стрессовом состоянии. При помощи однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и клинической диагностики посттравматических стрессовых расстройств по шкале ПТСР, проводимых до и после сеансов ДПДГ-терапии, были получены результаты, доказывающие высокую эффективность применения данного метода.

При работе с тревожно-депрессивными расстройствами применяют метод нервно-мышечной релаксации (метод Джекобсона), основная цель которого заключается в выполнении пациентом ряда миорелаксационных упражнений: напрягать и расслаблять определенные мышцы тела так, чтобы весь процесс прогрессировал от напряжения основных мышечных групп до расслабления всего тела или какой-либо его части [16,25,26]. При постоянных ежедневных занятиях у пациентов проявляется тенденция к развитию «привычки отдыхать», психологическая установка на меньшую возбудимость и подверженность стрессу. В связи с тем, что человек не может одновременно испытывать тревогу и состояние расслабления, прогрессивная релаксация оказывает тормозящее влияние на стрессовую реакцию [5].

С целью повышения эффективности действия данной методики на психическое состояние онкобольных сравнительно недавно начали успешно использовать методы, основанные на прослушивании специально подобранных звуков, – бинауральные музыкальные ритмы. Снижение уровня тревоги указанными способами позволяет снять напряжение, что, в свою очередь, уменьшает проявление общей подавленности и депрессивного состояния больных.

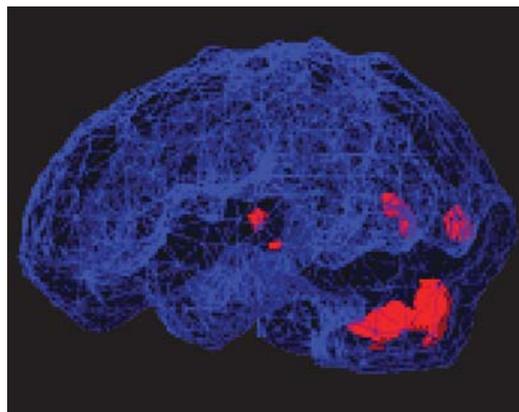
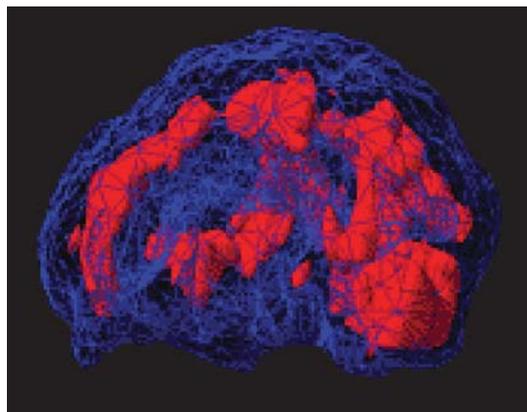


Рисунок 2. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография головного мозга женщины до и после ДПДГ-терапии [30].

Левое изображение: мозг пациента с посттравматическим стрессовым расстройством. Видны множественные «очаги свечения», возбужденные травмирующей информацией.

Правое изображение: тот же пациент после четырех полуторачасовых сеансов ДПДГ-терапии. Количество «очагов свечения» соответствует норме.

Действие бинауральных ритмов объясняется способностью головного мозга воспринимать воображаемые звуки прослушиваемой музыки, когда реальные звуки этой частоты отсутствуют. Пациенты надевают стереонаушники, в которых на уши подаются различные по частоте сигналы. Данные ритмы воспринимаются головным мозгом и способствуют синхронизации работы обоих его полушарий. Применение музыкальных бинауральных ритмов позволяет на необходимый период времени сформировать у пациента нужную активность мозга, а вместе с ней и терапевтически целесообразное состояние сознания, которому свойственна эта активность. Таким образом, пациент достигает релаксации разной глубины и продолжительности, включения интегративных процессов, ведущих к ощущению психологического равновесия и комфорта. Именно этот метод хорошо зарекомендовал себя в работе с женщинами, устойчивыми к другим терапевтическим методам реабилитации, и особенно активно применяется для коррекции психологических расстройств в онкогинекологии [26,27].

Для решения внутренних проблем и конфликтов при работе с пациентами с тревогой, стрессом и депрессивными состояниями в практике современной восстановительной медицины активно применяется метод творческой онкорезабилитации больных – арт-терапия [4,14]. Из общего числа средств арт-терапии, используемых в онкологии, наибольшую популярность и распространение получили художественные (изо-терапия) и танцевальные (дансинг-терапия) реабилитационные программы. Основная цель арт-терапии – это достижение гармоничного состояния больного через способность самопознания и самовыражения. Приобретенные в процессе творческой деятельности способы самовыражения обладают сильным психотерапевтическим эффектом и позволяют изменять отно-

шение пациента к собственному травматическому прошлому, переживаниям и болезням [25].

Изо-терапия – это терапия изобразительным творчеством, в первую очередь рисованием, которая широко используется в настоящее время для работы с психоневротическими и психосоматическими нарушениями, возникающими на фоне онкологического заболевания. Психокоррекционные занятия с использованием изо-терапии служат психотерапевту инструментом для оценки чувств и мыслей больного, его страхов и переживаний, поскольку именно на бумаге можно изобразить все то, о чем в реальной жизни пациент предпочитает промолчать [6]. Именно поэтому изо-терапия сейчас считается одним из самых простых и эффективных способов оценки психологического статуса онкобольного.

Под восстановительной дансинг-терапией понимается психоэмоциональная коррекция внутренних переживаний, посредством которой пациент своим танцем выражает то, что он чувствует и переживает. Анализируя движения пациента, психотерапевт пытается как можно более точно описать его поведение во время танца и понять проблемы человека [4,11]. Пациент и врач пытаются вместе расширить довольно ограниченный потенциал движений и таким образом способствовать раскрепощению человека и преодолению его комплексов и психологических проблем, связанных с онкологическим заболеванием [11]. Врач помогает пациенту осознать его движения, а через движения познать самого себя [4,26].

Цели танцевально-двигательной терапии для онкологических пациентов:

- снятие стрессовых реакций на болезнь и лечение;
- развитие личностных ресурсных состояний для того, чтобы справляться с болезнью;
- восстановление контакта с телом через работу с осознанием ощущений;

- развитие двигательных навыков и осознания связи между движением и чувствами;
- получение позитивного телесного и двигательного опыта, основанное на возвращении переживания «телесной радости»;
- освобождение от мышечно-эмоциональных блоков;
- развитие и поддержка общего позитивного жизненного настроя.

С помощью дансинг-терапии больным легче выражать болезненные, пугающие чувства и, проживая их в танце, освободиться от них [4,11].

Методы творческой психореабилитации онкобольных позволяют активизировать внутренние креативные резервы и возможности пациента, устранить нежелательные симптомы и повысить эффективность основного лечения. Для многих онкобольных – это реальный шанс улучшения качества жизни, преодоления стрессовых и депрессивных расстройств, возможность духовного исцеления, а также прямой путь к самореализации и адаптации в обществе.

Суггестивная терапия объединяет группу методов, направленных на устранение телесных и психических нарушений, возникающих на всех стадиях течения заболевания.

При этом оказывается целенаправленное влияние на функциональные нарушения, вегетативные расстройства и состояния напряжения. Цель терапии состоит в том, что пациенту передают в форме устного сообщения правильные установки. Суггестивные формулировки описывают состояние, которое должно быть достигнуто, при этом они должны даваться только в позитивной форме – не допускается использование отрицательных языковых конструкций. Было отмечено, что данные методики в сочетании с техниками релаксации особо эффективны у больных с высоким уровнем тревоги и незначительно выраженным депрессивным состоянием [12,26]. К суггестивной терапии относятся гипноз, внушение и аутотренинг.

Под гипнозом понимается особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия, сопровождающееся значительным повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам при резком понижении чувствительности к действию всех других факторов внешней среды [16]. Внушение – это способ вербального и невербального эмоционально окрашенного воздействия на человека с целью создания у него определенного состояния. Этот метод эффективен у онкобольных с высоким уровнем тревоги и незначительно выраженным депрессивным состоянием [12,16].

С целью снижения уровня тревоги и нормализации психологического статуса в реабилитационной практике активно используется комплекс специализированных программ, основанных на прослушивании пациентами записей звуков природы [6]. Прослушивание аудиозаписей позволяет онкобольному достичь

внутреннего состояния умиротворения, душевного спокойствия и гармонии. Пациент расслабляется, представляя себя на берегу океана, в горах, на экзотическом острове. Несмотря на простоту и доступность метода, результат достигается уже после первого сеанса использования данного метода. Это обусловлено наличием взаимосвязи между психическим и соматическим состоянием пациента. Достигая психоэмоционального комфорта, тело больного расслабляется. У пациента же, испытывающего тревогу, под действием стресса наблюдается высокое мышечное напряжение [6,27]. В состоянии мышечной релаксации и изменения обстановки из психотравмирующей в комфортную у пациента нивелируется состояние стресса, тревоги и боли, в результате чего больные отмечают повышение настроения, двигательной активности и уверенности в завтрашнем дне [25,26].

Китайская система Цигун является современным методом, который относительно недавно начали использовать в психореабилитации онкобольных женщин. Ученые из Китая утверждают, что эту методику возможно использовать как основной метод психокоррекции в сочетании с другими лечебными мероприятиями [24,26,29].

После применения данной методики можно ожидать следующие результаты:

1. Укрепление иммунитета и повышение сопротивляемости организма к заболеваниям;
2. Снижение болевых ощущений, симптоматики, нормализация сна;
3. Улучшение общего состояния организма после проведения радиотерапии, химиотерапии и гормонозаместительной терапии;
4. Замедление роста опухоли, снижение риска развития метастазов и вероятности прогрессирования опухоли [29].

Данная система представляет собой вид психофизического тренинга, направленного на изменение телесных и психических составляющих больного. Эффект от данных упражнений заключается в единстве психологических и физических функций организма [26]. Релаксация тела, глубокое и ровное дыхание, размеренные движения, которые управляются подсознательно, – все это приводит к равновесию «внутреннего» и «внешнего» состояния онкобольного [29].

Проблемы самопринятия и трудности общения, в основе которых лежат неуверенность в себе, заниженная самооценка, предполагают использование как индивидуальных, так и групповых методов. Для индивидуальной коррекции используют личностно-ориентированные методы, прежде всего убеждение. Этот метод применялся к пациентам, обладающим высоким уровнем интеллектуального развития и способным самостоятельно справиться со стрессом, связанным с болезнью [25,26,27].

Групповая терапия также оказывает существенное влияние на эмоциональную составляющую пациентов,

помогает преодолеть одиночество, страх смерти и неопределенности смысла жизни [27]. Было установлено, что такие группы эффективны в улучшении эмоциональной адаптации, поскольку они стимулируют более открытое проявление чувств и переживаний, побуждают больных взять на себя контроль над ходом лечения, жизненными решениями и взаимоотношениями с окружающими.

Для уточнения типа эмоциональной реакции пациента на болезнь, а также для разработки тактики психокоррекции применяются различные психодиагностические методики. Их задача – получение объективных данных изменения психоэмоционального состояния онкобольных в результате психокоррекционной работы и выявление взаимосвязи между полученными изменениями параметров психоэмоциональной сферы пациентов с клиническими проявлениями болезни [10,18]. Среди них:

1. *Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ)* разработан с целью диагностики типов отношения к болезни и других, связанных с ней, личностных отношений у больных с соматическими заболеваниями.
2. *Опросник уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера*. Шкала тревоги Спилбергера является достаточно информативным способом, позволяющим оценить уровень тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Измерение тревожности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение пациента в той или иной жизненной ситуации и является существенным показателем для определения его психологического состояния.
3. *Методика «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI)* считается наиболее удачным диагностическим средством, позволяющим диагностировать всю систему механизмов психологической защиты и оценить степень напряженности пациента в условиях существующей болезни.
4. *Шкала общей самооценки (self-efficacy)* была предложена Альбертом Бандурой и представляет собой один из центральных компонентов его социально-когнитивной теории. Данная методика получила широкое применение для оценки душевного и телесного здоровья пациентов.
5. *Шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HRDS)* представляет собой одну из самых распространенных и общепринятых методик клинической диагностики депрессии и оценки динамики состояния больного на всех стадиях течения заболевания [7,10,13,24].

Тактика общения и доверительный контакт врача с пациентом имеет также не малое значение, поскольку именно врач в большинстве случаев служит «пуско-

вым механизмом» к реабилитации и восстановлению больного.

В соответствии с этим психотерапевтические мероприятия с онкологическими больными проводится в следующих направлениях [1,21]:

1. Осознание новой социальной роли;
2. Переоценка семейных отношений, отношений с близкими и друзьями;
3. Позитивная оценка жизненных достижений и стремлений;
4. Работа с родственниками.

Отличительной чертой онкологических больных является немногословность, они озабочены своим дальнейшим будущим, у них происходит переоценка ценностей и меняется взгляд на жизнь. Больные очень ценят доброе отношение, так как им не всегда удается получить достаточное количество внимания и заботы [9].

Онкобольные одобрительно и трепетно относятся к телесным контактам, таким как: прикосновение к руке врача, похлопывание по плечу, доброе рукопожатие. В беседе с пациентом следует избегать медицинской терминологии и говорить с ним на «одном языке». Объяснения врача не должны быть категоричными, необходимо беседовать о том, что хочет обсудить больной [35,43]. Главный механизм в общении служит эмпатия: важно слушать и слышать пациента. Лечащий врач должен быть сосредоточен на восприятии больного и его проблем. В процессе диалога необходимо отклонять отрицательные мысли об обреченности, неблагоприятном развитии заболевания и иные неприятные представления.

Немаловажную роль при нахождении в стационаре играют позитивно настроенные пациенты. Своим личным примером, оптимистичным настроением и добрым словом они помогают онкобольному справиться со многими страхами и переживаниями. Должная эмоциональная поддержка увеличивает шансы на положительный исход в непростой психотравмирующей ситуации, формирует позитивный настрой к дальнейшей реабилитации и возвращению к полноценной жизни в обществе [9,10].

Правильная организация эмоциональной поддержки в семье – это также не менее важный аспект психореабилитации онкогинекологических больных, который способствует положительной динамике в лечении заболевания и ускоряет процесс восстановления [35]. Нередко в семье сталкиваются с мыслью о «заразности» онкологического заболевания и из-за этого мифа брезгливо относятся к больному, избегают физического контакта с ним. Это крайне отрицательно влияет на его состояние и может стать препятствием к полноценному восстановлению [43].

Поэтому для достижения лучшего качества жизни женщины с онкогинекологическим заболеванием необходимо восстановить социальные связи или же научиться компенсировать их другими: общение с

детьми и внуками, занятия живописью, танцами, рукоделием, кулинарией. Если женщина исполняла роль главы семейства, то ни в коем случае не стоит ее ограждать от решения бытовых и семейных проблем, а, наоборот, чаще обращаться к ней за помощью и советом [9,32].

Очень важным навыком врача считается умение установить доверительный контакт с родными пациентов, включить их в обсуждение плана лечения, психологической реабилитации и ухода. Информация о заболевании, его характере и прогнозе должна сообщаться родственникам своевременно. Согласно современным представлениям считается, что родственники должны находиться на том же уровне владения информацией, что и больной [9,46].

Таким образом, работа с онкогинекологическими больными предполагает знание врачом психосоциальных аспектов развития онкогинекологической патологии, индивидуально-психологических особенностей пациентов и механизмов развития психологической защиты.

Представленные в статье методы психологической реабилитации онкологических больных являются вспомогательными, что позволяет использовать их как дополнение к комплексным реабилитационным программам. На сегодняшний день необходимо не только активно внедрять в реабилитационную практику уже существующие методы психокоррекции, но и создавать более новые и эффективные. В связи с этим целесообразно разрабатывать индивидуальные для каждого онкобольного программы психореабилитации с учетом не только психологического статуса, но и его личностных характеристик, стадии болезни, диагноза, социального статуса и семейного положения.

Важно привлечь внимание онкологов к необходимости оказания квалифицированной психотерапевтической помощи онкологическим больным на всех этапах обследования, лечения и реабилитации, а также создать в составе онкологических учреждений и реабилитационных центров психотерапевтический кабинет или отделение с учетом имеющегося контингента больных.

Литература:

1. Актуальные вопросы экспериментальной и клинической онкологии. Сборник материалов II Региональной конференции молодых ученых имени академика РАМН Н.В. Васильева. Томск. 27 апреля 2007 г.
2. Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных. Международный медицинский журнал. 2010; 3: 11-13.
3. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб. 2003; 115 с.
4. Бирюкова И.В. Танцевально-двигательная терапия: осуществление в танце жизни. Психология телесности между душой и телом / Т.С. Леви. М. 2007; 731 с.
5. Вербина Г.Г. Психология эмоций. 2008. 308 с.
6. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. СПб. 2007. 168 с.
7. Гребень Н.Ф. Психологические тесты для психологов, педагогов, специалистов по работе с персоналом. Минск. 2014; 480 с.
8. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. М. 2014; 226 с.
9. Дуброва В.П., Егоров К.Н. Этико-психологические аспекты работы врача общей практики с онкологическими больными. Медицинские новости. 2003; 2: 3-11.
10. Ивашкина М.Г. Опыт психокоррекционного и психореабилитационного сопровождения личности в условиях онкологического заболевания. Лечебное дело. 2010; 3: 49-54.
11. Козлов В.В. Гиршон А.Е. Веремеенко Н.И. Интегративная танцевально-двигательная терапия. М. 2010; 286 с.
12. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. Минск. 2012; 496 с.
13. Кукшина А.А., Верещагина Д.А. Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных. Физיותרпия, бальнеология, реабилитация. 2013; 5: 28-34.
14. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб. 2008; 256 с.
15. Лихачев А.В., Галаянская Е.Г., Шевлягина Л.С., Полянская И.Б. Терапия эстроген-дефицитных состояний в климактерическом периоде. Акушерство, гинекология и репродукция. 2008; 1: 4-6.
16. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. М. 2009; 1024 с.
17. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология».
18. Рослякова В.А. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у больных с опухолями челюстно-лицевой области. Медицинская психология. 2012; 7 (1): 85-88.
19. Русина Н.А. Психологическая адаптация к болезни у пациентов с онкологическими заболеваниями. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». 2011; 108-114.
20. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. М. 2016; 776 с.
21. Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Идрисова Л.Э., Сдвижков А.М. Реабилитация онкогинекологических больных. Взгляд на проблему. Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 4: 46-54.
22. Солопова А.Е., Меладзе Н.В., Абдураимов А.Б., Солдатов И.В., Сдвижков А.М. Особенности поражения яичников у больных раком молочной железы. Материалы VII Всероссийского национального конгресса лучевых диагностов и терапевтов «Радиология-2013». Российский электронный журнал лучевой диагностики. 2013; 2: 170-171.
23. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. Тактика психотерапии при ПТСР. Киев. 2014; 152 с.
24. Ткаченко Г.А., Шестопалова И.М. Особенности личности больных раком молочной железы в отдаленном периоде. Вестник психиатрии. 2007; 21: 66-78.
25. Ткаченко Г.А. Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщин, страдающих раком молочной железы. Сибирский психологический журнал. 2008; 30: 97-101.
26. Ткаченко Г.А., Воротников И.К., Буйденюк Ю.В. Роль психотерапии в лечении больных раком молочной железы. Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2010; 21: 61-64.
27. Ткаченко Г.А., Комплексная реабилитация онкологических больных. Заместитель главного врача. 2014; 9: 102-110.

28. Филоненко В.В. Медицинская реабилитация в онкологии. Специализированная помощь населению. Московский онкологический НИИ им. П. А. Герцена. М. 2004; 515-519.
29. Хуайджу С. Основы китайской медицины. М. 2009; 664 с.
30. Amen. D.G. Images of SPECT scans on patients. Amen Clinics Inc. URL: <http://www.amenclinics.com/>. Accessed: 2016 Nov 23.
31. Astin J.A, Shapiro J., Shapiro D.H. Psychological control and morbidity/mortality in breast cancer patients: A 20 year follow-up study. *Behavioral Med.* 2013; 39: 7-10.
32. Batenburg A., Das E. Emotional coping differences among breast cancer patients from an online support group: a cross-sectional study. *J Med Internet Res.* 2014; 16 (28): 402-414.
33. DeVita VT Jr., Lawrence T.S., Rosenberg S.A. *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* (9th Edition) Philadelphia. 2011; 25: 781-788.
34. Ko A.H., Dollinger M., Rosenbaum E. *Everyone's Guide to Cancer Therapy: How Cancer is Diagnosed, Treated and Managed Day to Day.* (5th Edition). Kansas City: Andrews McMeel Publishing. 2008; 2: 17-30.
35. Lansing K., Amen D.G., Hanks C., Rudy L. High-resolution brain SPECT imaging and eye movement desensitization and reprocessing in police officers with PTSD. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2005. 17 (4): 526-532.
36. Leon F.J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behavior. *Schizophr.* 2005; 76: 135-57.
37. Life after cancer: survivorship by the numbers. URL: <https://ru.pinterest.com/pin/30891947419313292/>. AMS. Infographics. 2013; Accessed: 2016 Nov 23.
38. Holland J., Watson M., Dunn J. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology.* 2011; 20 (7): 677-680.
39. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004; 32: 57-71.
40. Jacobsen P.B., Sadler I.J., Booth-Jones M., Soety E., Weitzner M.A., Fields K.K. Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2002; 70 (1): 235-40.
41. Patterson C. H., Watkins C.E.Jr. *Theories of Psychotherapy.* 2004. 544 с.
42. Pirl W.A. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in patients. *J. Natl Cancer Inst Monogr.* 2004; 32: 32-39.
43. Segerstrom S.C., Miller G.E. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol. Bull.* 2004; (4): 601-630.
44. Stark D., Kiely M., Smith A., Velikova G., House A., Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relations to quality of life. *J. Clin. Oncol.* 2002; 20 (14): 3137-3148.
45. Stewart B.W., Wild C.P. *World Cancer Report 2014.* Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2014.
46. Strong V., Waters R., Hibberd C., Rush R., Cargill A., Storey D. et al. Emotional distress in cancer patients: The Edinburgh Cancer Centre symptom study. *Br J Cancer.* 2007; 96: 868-874.

References:

1. Topical issues of Experimental and Clinical Oncology. Collection of Materials of the II regional conference of young scientists named after academician NV Vasiliev [Aktual'nye voprosy eksperimental'noi i klinicheskoi onkologii. Sbornik materialov II regionalnoi konferentsii molodykh uchenykh im. akademika RAMN N.V. Vasil'eva (In Russian)]. Tomsk. 2007.
2. Balabukha O.S. *Mezhdunarodnyi meditsinskii zhurnal.* 2010; 4: 11-13.
3. Bek. A., Rash, A., SHO, B., EHmeri G. Cognitive therapy of depression [Kognitivnaya terapiya depressii (In Russian)]. SPb. 2003; 115 s.
4. Biryukova I.V. Dance movement therapy: exercise in the dance of life. Psychology physicality between the body and soul. [Tanceval'no-dvigatel'naya terapiya: osushchestvlenie v tance zhizni. Psihologiya telesnosti mezhdushoj i telom. (In Russian)]. Moscow. 2007. 731 s.
5. Verbina G.G. Psychology of emotions. [Psihologiya ehmocij (In Russian)]. 2008. 308 s.
6. Gnezdilov A.V. Psychology and Psychotherapy losses: Allowance in palliative medicine for physicians, psychologists and all those interested in the problem. [Psihologiya i psihoterapiya poter': Posobie po palliativnoj medicine dlya vrachej, psihologov i vsekh interesuyuschihysya problemoj (In Russian)] SPb. 2007; 168 s.
7. Greben' N.F. Psychological tests for psychologists, educators, professionals working with staff. [Psihologicheskie testy dlya psihologov, pedagogov, specialistov po rabote s personalom (In Russian)] Minsk. 2014; 480 s.
8. Davydov M.I., Aksel E.M. Statistics malignancies in Russia and the CIS in 2012 [Statistika zlokachestvennykh novoobrazovanij v Rossii i stranah SNG v 2012 g (In Russian)] Moscow. 2014. 226 s.
9. Dubrova V.P., Egorov K.N. *Medicinskie novosti.* 2003; (2): 3-11.
10. Ivashkina M. G. *Lechebnoe delo.* 2010; 3: 49-54.
11. Kozlov V.V., Girshon A.E., Veremeyenko N.I. Integrative dance and movement therapy. [Integrativnaya tanceval'no-dvigatel'naya terapiya (In Russian)]. Moscow. 2010; 286 s.
12. Kondrashenko V.T., Don D.I., Igumnov S.A. General psihoterapiya. [Obshchaya psihoterapiya (In Russian)] Minsk. 2012; 496 s.
13. Kukshina A.A., Vereshchagina D.A. *Physiotherapy, balneology and rehabilitation.* 2013; (5): 28-34.
14. Lebedeva L.D. The practice of art therapy: approaches, diagnostics, training system. [Praktika art-terapii: podhody, diagnostika, sistema zanyatij (In Russian)] SPb. 2008; 256 s.
15. Likhachev A.V., Galyanskaya E.G., Shevlyagina L.S., Polyanskaya I.B. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction.* 2008; 1: 4-6.
16. Malkina-Pykh I.G. Psychosomatics. [Psihosomatika (In Russian)] Moscow. 2009; 1024 s.
17. Russian Ministry of Health Order from 15.11.2012 N 915n "On approval of the provision of medical care to adult population on the profile of" oncology" [Prikaz Minzdrava Rossii ot 15.11.2012 N 915n "Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya medicinskoj pomoshchi vzrosloму naseleniyu po profilyu "onkologiya" (In Russian)].
18. Rosliakova V.A. *Meditsinskaya psikhologiya.* 2012; 7 (1): 85-88.
19. Rusina N.A. Psychological adaptation to the disease in cancer patients. Materials of All-Russian scientific-practical conference with international participation "Clinical psychology in health and education" [Materialy Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem «Klinicheskaja psihologija v zdavoohranenii i obrazovanii» (In Russian)]. 2011; 108-114.
20. Smulevich A.B. Psychiatric disorders in clinical practice. [Psikhicheskoe rasstroystva v klinicheskoy prak-tike (in Russian)] Moscow. 2016; 776 s.
21. Solopova A.G., Tabakman Yu.Yu., Idrisova L.E., Sdvizhkov A.M. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction.* 2015; 4: 46-54.
22. Solopova A.E., Meladze N.V., Abduraimov A.B., Soldatov I.V., Zdvizhkov A.M. *Russian Electronic Journal of Radiology.* 2013; 2: 170-171.
23. Syropyatov O.G. Dzeruzhinskaya N.A. Tactics psychotherapy for PTSD [Taktika psihoterapii pri PTSR (in Russian)]. Kiev. 2014; 152 p.
24. Tkachenko G.A., Shestopalova I.M. *Vestnik psihiatrii.* 2007; 21 (26): 66-78.
25. Tkachenko G.A. *Sibirskiy psikhologicheskij zhurnal.* 2008; 30: 97-101 (in Russian).
26. Tkachenko G.A., Vorotnikov I.K., Buidenok Yu.V. *Vestnik Rossijskogo onkologicheskogo nauchnogo tsentra im. N.N. Blokhina RAMN.* 2010; 21 (3): 61-64.
27. Tkachenko G.A. *Zamestitel' glavnogo vracha.* 2014; (9):102-110.
28. Filonenko V.V. *Specializirovannaya pomoshch' naseleniyu.* 2004; (1): 515-519.

29. Huaydzhu S. Fundamentals of Chinese Medicine. [Osnovy kitajskoj mediciny (In Russian)]. Moscow. 2009. 664 s.
30. Amen. D.G. Images of SPECT scans on patients. *Amen Clinics Inc.* URL: <http://www.amenclinics.com/>. Accessed: 2016 Nov 23.
31. Astin J.A., Shapiro J., Shapiro D.H. Psychological control and morbidity/mortality in breast cancer patients: A 20 year follow-up study. *Behavioral Med.* 2013; 39: 7-10.
32. Batenburg A, Das E. Emotional coping differences among breast cancer patients from an online support group: a cross-sectional study. *J Med Internet Res.* 2014; 16 (28): 402-414.
33. DeVita VT Jr., Lawrence T.S., Rosenberg S.A. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9th Edition. Philadelphia. 2011; 25: 781-788.
34. Ko A.H., Dollinger M., Rosenbaum E. Everyone's Guide to Cancer Therapy: How Cancer is Diagnosed, Treated and Managed Day to Day. (5th Edition). Kansas City. 2008; 2: 17-30.
35. Lansing K., Amen D.G., Hanks C., Rudy L. High-resolution brain SPECT imaging and eye movement desensitization and reprocessing in police officers with PTSD. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2005; 17 (4): 526-532.
36. Leon J.F.J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr.* 2005; 76: 135-57.
37. Life after cancer: survivorship by the numbers. URL: <https://ru.pinterest.com/pin/30891947419313292/>. AMS. *Infographics.* 2013; Accessed: 2016 Nov 23.
38. Holland J., Watson M., Dunn J. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology.* 2011; 20 (7): 677-680.
39. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004; 32: 57-71.
40. Jacobsen P.B., Sadler I.J., Booth-Jones M., Soety E., Weitzner M.A., Fields K.K. Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *J Consult. Clin. Psychol.* 2002; 70 (1): 235-240.
41. Patterson C. H., C. Watkins E.Jr. Theories of Psychotherapy. 2004. 544 с.
42. Pirl W.A. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in patients. *J. Natl Cancer Inst Monogr.* 2004; 32: 32-39.
43. Segerstrom S.C., Miller G.E. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol. Bull.* 2004; (4): 601-630.
44. Stark D., Kiely M., Smith A., Velikova G., House A., Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relations to quality of life. *J. Clin. Oncol.* 2002; 20 (14): 3137-3148.
45. Stewart B.W., Wild C.P. World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2014.
46. Strong V., Waters R., Hibberd C., Rush R., Cargill A., Storey D. et al. Emotional distress in cancer patients: The Edinburgh Cancer Centre symptom study. *Br J Cancer.* 2007; 96: 868-874.

Сведения об авторах:

Идрисова Лариса Эмиевна – к.м.н., научный сотрудник кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Земляной Вал, 62, стр. 1, Москва, Россия, 109004. Тел.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Солопова Антонина Григорьевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Земляной Вал, 62, стр. 1, Москва, Россия, 109004. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru.

Табакман Юрий Юрьевич – д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, врач-радиолог высшей квалификационной категории, зав. лабораторией радиоизотопной диагностики Онкологического клинического диспансера No1 ДЗ г. Москвы. Адрес: ул. Бауманская, д. 17/1, Москва, Россия, 105005. Тел.: +7(499)2676672. E-mail: tabakman37@mail.ru.

Макацария Александр Давидович – д.м.н., член-корреспондент РАН, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Земляной Вал, 62, стр. 1, Москва, Россия, 109004. Тел.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Суренков Алексей Алексеевич – студент 5-го курса медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Трубецкая, 8, стр. 2, Москва, Россия, 119048. E-mail: aleksei_surenkov@mail.ru.

About the authors:

Idrisova Larisa Emievna – PhD, researcher at the Department of the Ob/Gyn Department of The First Moscow State Medical Sechenov University Address: ul. Zemlyanoi Val, 62-1, Moscow, Russia, 109004. Tel.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Solopova Antonina Grigorievna – MD, professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical and Preventive Medicine First Moscow Medical Sechenov University. Address: ul. Zemlyanoi Val, 62-1, Moscow, Russia, 109004. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru.

Tabakman Yurii Yurevich – MD, professor, Honoured Doctor of the Russian Federation, radiologist of the highest qualification category manager. radioisotope laboratory diagnostics, Cancer clinical dispensary No1 Department of Health of Moscow. Address: ul. Baumanskaya, 17/1, Moscow, Russia, 105005. Tel.: +7(499)2676672. E-mail: tabakman37@mail.ru.

Makatsariya Aleksandr Davidovich – MD, corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical and Preventive, First Moscow State Medical Sechenov University. Address: ul. Zemlyanoi Val, 62-1, Moscow, Russia, 109004. Tel.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Surenkov Aleksey Alekseevich – 5th year student of Faculty of Medical and Preventive, First Moscow State Medical Sechenov University. Address: ul. Trubetskaya, 8, str. 2, Moscow, Russia, 119048. E-mail: aleksei_surenkov@mail.ru.