

Оригинальная статья

@ Харламова У.В., Курченкова О.В., Абдалов А.О., Шубина К.А., Самодуров С.И., 2021

УДК: 615.851:616-006-083

DOI: 10.52420/2071-5943-2021-20-2-69-74

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПОЛИМОРБИДНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

У.В. Харламова^{1, 2}, О.В. Курченкова¹, А.О. Абдалов¹, К.А. Шубина^{1, 2}, С.И. Самодуров²¹ ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»,
г. Челябинск, Российская Федерация² ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Челябинск, Российская Федерация

Введение. Паллиативная помощь направлена на поддержание и улучшение качества жизни пациента. Без учета психосоциальных аспектов невозможна психологическая реабилитация в условиях психотравмирующей ситуации болезни. **Цель исследования** — провести оценку психоэмоционального состояния полиморбидных паллиативных онкологических пациентов. **Материалы и методы.** Проведено обсервационное, аналитическое, одномоментное (поперечное) исследование, включившее 74 онкологических пациента паллиативного профиля. Пациенты прошли лабораторно-инструментальное обследование. Оценивали тесты жизнестойкости (методика С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева), смысложизненных ориентаций, уровня субъективного контроля, Ч.Д. Спилбергера, выраженности хронического болевого синдрома; рассчитывали значение индекса коморбидности Charlson, индекса Карновского (ECOG). **Результаты.** Уровень индекса коморбидности составил 3 [2; 5] балла, интенсивность хронического болевого синдрома — 2 [2; 3] балла, ECOG — 2 [2; 3] балла. У полиморбидных онкологических паллиативных пациентов выявлено наличие убежденности во влиянии борьбы на результат происходящего, вместе с тем больные не всегда готовы действовать в трудной ситуации. В обследованной группе преобладали признаки неудовлетворенности своей жизнью в настоящем, отсутствие достаточной свободы выбора, существование надежды на выздоровление в результате действий других, прежде всего врачей. Отмечен средний (а в ряде случаев высокий) уровень ситуативной и личностной тревожности. Выявлена ассоциация индекса коморбидности и показателей теста смысложизненных ориентаций; показателя общей шкалы интернальности и значения ECOG; скорости клубочковой фильтрации и показателя жизнестойкости, принятия риска. Отмечен ряд взаимосвязей между показателями психоэмоционального состояния и лабораторными показателями (уровнем гемоглобина, альбумина, железа, С-реактивного белка). **Заключение.** У онкологических больных паллиативного профиля выявлены признаки психической дезадаптации. Отмечен средний (а в ряде случаев высокий) уровень ситуативной и личностной тревожности. Выявленный ряд корреляционных взаимосвязей акцентирует внимание на роли хронических неинфекционных заболеваний в усугублении психоэмоционального статуса хронических полиморбидных онкологических паллиативных пациентов.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, злокачественные новообразования, паллиативная помощь.

Цитирование: Показатели психоэмоционального состояния паллиативных полиморбидных онкологических больных / У. В. Харламова, О. В. Курченкова, А. О. Абдалов [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2021. – Т. 20, № 2. – С. 69-74. – Doi: 10.52420/2071-5943-2021-20-2-69-74.

Cite as: Indicators of the psychoemotional state of palliative polymorbid cancer patients / U. V. Kharlamova, O. V. Kurchenkova, A.O. Abdalov [et al.] // Ural medical journal. – 2021. – Vol. 20 (2). – P. 69-74. – Doi: 10.52420/2071-5943-2021-20-2-69-74.

Рукопись поступила: 30.04.2021. Принята в печать: 04.05.2021

INDICATORS OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PALLIATIVE POLYMORBID CANCER PATIENTS

U.V. Kharlamova^{1, 2}, O.V. Kurchenkova¹, A.O. Abdalov¹, K.A. Shubina^{1, 2}, S.I. Samodurov²

¹ Chelyabinsk Regional Clinical Center of Oncology and Nuclear Medicine, Chelyabinsk, Russian Federation

² South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation

Introduction. Palliative care is aimed at maintaining and improving the quality of life of the patient. Without taking into account the psychosocial aspects, psychological rehabilitation is impossible in the conditions of a psychotraumatic situation of the disease. **The aim** of the study was to assess the psychoemotional state of polymorbid palliative cancer patients. **Materials and methods.** An observational, analytical, single-stage (cross-sectional) study was conducted, which included 74 cancer patients of a palliative profile. The patients underwent laboratory and instrumental examination. The following tests were evaluated: resilience (S. Maddy's method, D. A. Leontiev's adaptation), life-sense orientations, the level of subjective control, C. D. Spielberger, the severity of chronic pain syndrome; the value of the Charlson comorbidity index, the Karnovsky index (ECOG) was calculated. **Results.** The level of the comorbidity index was 3 [2; 5] points, the intensity of chronic pain syndrome-2 [2; 3] points, ECOG-2 [2; 3] points. In polymorbid cancer palliative patients, the presence of a belief in the impact of the struggle on the outcome of what is happening was revealed, however, patients are not always ready to act in a difficult situation. In the examined group, signs of dissatisfaction with their life in the present prevailed, the lack of sufficient freedom of choice, the existence of hope for recovery as a result of the actions of others, primarily doctors. The average (and in some cases high) level of situational and personal anxiety was noted. The association of the comorbidity index and the indicators of the life-meaning orientations test; the indicator of the general internality scale and the ECOG value; the glomerular filtration rate and the indicator of resilience, risk acceptance was revealed. A number of correlations between the indicators of the psychoemotional state and laboratory parameters (the level of hemoglobin, albumin, iron, C-reactive protein) were noted. **Conclusion.** In cancer patients with a palliative profile, signs of mental maladaptation were revealed. The average (and in some cases high) level of situational and personal anxiety was noted. The revealed number of correlations focuses on the role of chronic non-communicable diseases in aggravating the psychoemotional status of chronic polymorbid cancer palliative patients.

Keywords: psychoemotional state, malignant neoplasms, palliative care.

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях персонифицированного подхода к оказанию помощи значимым аспектом является учет динамики функционального и психоэмоционального состояния больного, тем более при лечении паллиативных онкологических пациентов [1, 2].

Паллиативная помощь направлена на поддержание и улучшение качества жизни пациента. Без учета психосоциальных аспектов невозможна психологическая реабилитация в условиях психотравмирующей ситуации болезни [3, 4].

Оценка показателей качества жизни в лечебных учреждениях не является обязательной составляющей лечебно-диагностического процесса. Однако для паллиативных онкологических больных принципиально важным является не только длительность прожитых лет, но и качество жизни [5].

Таким образом, изучение интегративных составляющих качества жизни является необходимым критерием при проведении оценки эффективности лечения, реабилитации, при разработке медико-социальных программ помощи паллиативным онкологическим больным.

Цель исследования — провести оценку психоэмоционального состояния полиморбидных паллиативных онкологических пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн: исследование наблюдательное, аналитическое, одномоментное (поперечное).

Протокол исследования утвержден этическим комитетом ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России (протокол № 8 от 25 сентября 2020 года).

Обследовано 74 онкологических пациента паллиативного профиля на базе отделения паллиативной медицинской помощи ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» г. Челябинска. Все пациенты прошли лабораторно-инструментальное обследование в рамках утвержденных стандартов оказания специализированной медицинской помощи.

Критерии включения в исследование:

- больные со злокачественными новообразованиями паллиативного профиля;
- полученное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования:

- наличие сопутствующей патологии: острые инфекционные заболевания, системные аутоиммунные заболевания, психические заболевания; перенесенные оперативные вмешательства в течение последних 2 месяцев;
- отказ пациента от обследования.

Пациентам рассчитывали значение индекса коморбидности Charlson, индекса Карновского (ECOG) [6].

Хронический болевой синдром оценивался по 3-балльной шкале вербальной оценки выраженности боли, по визуально-аналоговой шкале и на основании изменения приема обезболивающих препаратов (изменение кратности приема либо переход на другую ступень анальгезирующих препаратов) [7].

Всем обследуемым проводилась оценка тестов: жизнестойкости (методика С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева), смысложизненных ориентаций, уровня субъективного контроля, Ч.Д. Спилбергера. Опросники пациент заполнял сам (selfassessment) и только при отсутствии такой возможности — с помощью родственников или медицинского персонала (прохуassessment). Для анализа полученных данных использовали рекомендованные для каждого опросника значения шкал [8].

Статистическая обработка материала проводилась при помощи лицензионного пакета программ Statistics 17.0 (США). Рассчитывались медиана и интерквартильный размах (Ме; 25%-75%). Качественные признаки описаны абсолютными и относительными частотами с оценкой межгрупповых различий с использованием критерия хи-квадрат Пирсона, а при ожидаемых частотах менее 5 — с помощью точного двустороннего теста Фишера. Достоверность различий двух независимых выборок проверяли по U-критерию Манна-Уитни, более двух — по H-критерию Краскала-Уоллеса. Для оценки сопряженности процессов использовали корреляционный анализ с определением коэффициентов ранговой корреляции Спирмана (r). Уровень значимости (p) принимался менее или равный 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана возраста обследованных пациентов составила 61 год, соотношение мужчин и женщин соответственно — 26 (35,13%) / 48 (64,9%). Распределение пациентов в зависимости от локализации ЗНО: С18 — 2,7%, С15 — 5,41%, С16 — 2,7%, С17 — 2,7%, С20 — 5,41%, С25 — 5,41%, С34 — 16,33%, С49 — 2,7%, С50 — 16,33%, С53 — 10,81%, С54 — 10,81%, С56 — 5,41%, С61 — 5,41%, С64 — 2,7%, С76 — 2,7%, С89 — 2,7%.

В группе обследованных у 28 (37,8%) больных выявлен анемический синдром. Анемия легкой степени отмечалась у 14 (18,9%) пациентов, средней степени — у 10 (13,5%) больных, у 4 (5,4%) больных диагностирована анемия тяжелой степени.

Результаты проведенного исследования продемонстрировали наличие высокой коморбидности у 52 (70,3%) обследованных.

Уровень индекса коморбидности составил 3 [2; 5] балла, интенсивность хронического болевого синдрома — 2 [2; 3] балла, значение индекса Карновского — 2 [2; 3] балла.

Среди хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) гипертоническая болезнь отмечалась у 62,2% пациентов; ишемическая болезнь сердца — у 18,9% больных; перенесенный инфаркт миокарда — у 2,7% обследованных; нарушения сер-

дечного ритма документированы в 13,5% случаев; сахарный диабет отмечался у 21,6% больных, хроническая обструктивная болезнь легких — 10,8% пациентов, хроническая болезнь почек — в 24,3% случаев, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — у 8,1% обследованных больных. При этом у 18 (24,3%) больных выявлено сочетание трех ХНИЗ; у 14 (19%) больных — сочетание двух ХНИЗ, у 20 (27%) — один вид ХНИЗ.

Результаты оценки субъективных и личностных характеристик обследованных пациентов представлены в таблице 1.

Сравнение показателей жизнестойкости с контрольными показателями выявило достоверное снижение значения контроля, тенденцию к увеличению значения принятия риска, отсутствие достоверных различий вовлеченности. Выявленные изменения свидетельствуют о наличии убежденности пациентов во влиянии борьбы на результат происходящего, вместе с тем не всегда готовы действовать в трудной ситуации.

Таблица 1

Показатели психоэмоционального состояния полиморбидных онкологических пациентов паллиативного профиля

Показатель	Паллиативные онкологические больные	Контрольные значения	p
Тест жизнестойкости. Методика С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева			
Жизнестойкость	79,0 [66,0; 92,0]	80,5 [67,0; 96,5]	0,734
Вовлеченность	37,0 [28,0; 44,0]	37,5 [29,0; 47,0]	0,523
Контроль	22,0 [19,0; 29,0]	29,0 [26,0; 36,0]	0,034
Принятие риска	15,0 [13,0; 19,0]	13, [11,0; 15,0]	0,081
Тест смысложизненных ориентаций			
Показатель осмысленности жизни	101,0 [89,0; 111,0]	103,0 [90,0; 115,0]	0,574
Цели жизни	36,0 [29,0; 37,0]	38,0 [33,0; 45,0]	0,071
Процесс жизни	28,0 [25,0; 33,0]	35,0 [29,0; 42,0]	0,042
Результативность жизни	26,0 [23,0; 28,0]	29,0 [27,0; 34,0]	0,049
Локус контроля-я	21,0 [18,0; 23,0]	24,0 [22,0; 28,0]	0,041
Локус контроля-жизнь	27,0 [24,0; 33,0]	34,0 [30,0; 42,0]	0,024
Тест Уровень субъективного контроля			
Общая шкала интернальности	21,0 [16,0; 25,0]	33,0 [23,0; 42,0]	0,015
Область достижений	4,0 [2,0; 4,0]	6,0 [4,0; 8,0]	0,023
Область неудач	5,5 [3,5; 7,0]	8,0 [5,0; 12,0]	0,041
Семейные отношения	5,0 [3,0; 6,0]	3,5 [3,0; 8,0]	0,091
Производственные отношения	2,5 [0,5; 3,0]	11,5 [7,5; 17,0]	0,001
Межличностные отношения	1,5 [1,0; 4,0]	2,5 [2,0; 7,0]	0,024
Здоровье и болезни	2,0 [1,0; 3,5]	4,5 [2,5; 9,5]	0,012
Тест Ч.Д. Спилбергера			
Ситуативная тревожность	44,5 [40,0; 54,5]	27,5 [21,0; 34,5]	0,021
Личностная тревожность	47,0 [44,0; 54,0]	28,0 [24,0; 32,0]	0,013

Анализ теста смысложизненных ориентаций показал, что при общем высоком уровне осмысленности жизни у полиморбидных онкологических паллиативных пациентов преобладают признаки неудовлетворенности своей жизнью в настоящем, отсутствие достаточной свободы выбора.

Изучение результатов теста уровня субъективного контроля выявило, что для обследованных пациентов отмечена склонность считать свои успехи и неудачи следствием обстоятельств, испытуемые не видят связи между своими действиями к значимым для них событиям их жизни, часть пациентов считали невозможным контролировать свои формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию; важно отметить невысокие показатели шкалы интернальности в отношении здоровья и болезни, демонстрирующие надежды на выздоровление в результате действий других, прежде всего врачей.

Определение составляющих теста Ч.Д. Спилберга выявило среднюю, а у ряда больных — высокую личностную и ситуативную тревожность.

В ходе корреляционного анализа выявлены взаимосвязи между значением индекса коморбидности Charlson и показателями теста смысложизненных ориентаций — локус контроля жизнь ($r = 0,64$, $p = 0,01$); показатель осмысленности жизни ($r = -0,52$, $p = 0,05$).

Уровень гемоглобина коррелировал с показателями теста Уровень субъективного контроля: семейные отношения ($r = 0,47$, $p = 0,089$); производственные отношения ($r = 0,78$, $p = 0,001$); межличностные отношения ($r = 0,47$, $p = 0,089$); здоровье и болезнь ($r = 0,74$, $p = 0,002$).

Выявлена ассоциация показателя общей шкалы интернальности (тест Уровень субъективного контроля) и значения ECOG ($r = -0,56$, $p = 0,047$).

Концентрация железа сыворотки крови была взаимосвязана с показателями теста смысложизненных ориентаций: цели жизни ($r = 0,75$, $p = 0,08$); локус контроля—я ($r = 0,98$, $p = 0,0003$); значениями опросника об уровне субъективного контроля — области неудач ($r = 0,82$, $p = 0,024$).

Отмечена взаимосвязь уровня альбумина и показателя контроля ($r = -0,62$, $p = 0,05$); показателя осмысленности жизни ($r = -0,86$, $p = 0,013$); значения шкалы цели жизни ($r = -0,79$, $p = 0,023$).

Концентрация С-реактивного белка была взаимосвязана с показателем жизнестойкости ($r = 0,74$, $p = 0,023$); локусом контроля—Я ($r = 0,68$, $p = 0,043$); принятием риска ($r = 0,75$, $p = 0,021$); производственными отношениями ($r = -0,65$, $p = 0,08$).

Значение скорости клубочковой фильтрации коррелировало с показателем жизнестойкости ($r = -0,50$, $p = 0,05$), принятием риска ($r = -0,64$, $p = 0,01$).

ДИСКУССИЯ

В ходе исследования у полиморбидных онкологических паллиативных пациентов выявлено наличие убежденности во влиянии борьбы на результат происходящего, вместе с тем больные не всегда готовы действовать в трудной ситуации. В обследованной группе преобладали признаки неудовлетворенности своей жизнью в настоящем, отсутствие достаточной свободы выбора, существование надежды на выздоровление в результате действий других, прежде всего врачей. Отмечен

средний (а в ряде случаев высокий) уровень ситуативной и личностной тревожности.

Практически каждый онкологический больной травмирован информацией о наличии у него злокачественного новообразования. Пациент находится в состоянии эмоциональной напряженности и психической неустойчивости [9]. У паллиативных пациентов ситуация усугубляется тягостными соматическими симптомами, нарастанием клинических проявлений заболевания, разнообразными, подчас болезненными, медицинскими манипуляциями. При этом серьезной проблемой остается отношение к будущему и, прежде всего, неопределенная установка на будущее, характеризующаяся надеждой на излечение и страхом рецидива [10].

В процессе длительного нахождения в стационаре ответственность за принятие решений перекладывается на медицинский персонал, развивается эмоциональная лабильность, повышенная тревожность, впечатлительность. Пациент отказывается брать на себя ответственность, боится социальных контактов, испытывает дискомфорт в ситуациях широкого взаимодействия. Возникают сомнения в возможности трудиться, эмоциональное и физическое напряжение, в том числе в семье. Совокупность указанных симптомов свидетельствует о психической травматизации больного, ведущей к дезадаптации [11, 12].

Вместе с тем паллиативные онкологические пациенты демонстрируют наличие высокой коморбидности. Нами выявлена ассоциация индекса коморбидности и показателей теста смысложизненных ориентаций. Наличие широкого спектра ХНИЗ усугубляет возникшие психоэмоциональные нарушения, подчас ограничивает возможности специальных методов лечения, влияет на течение онкологического заболевания.

Выявленная ассоциация показателя общей шкалы интернальности и значения ECOG определяется взаимосвязью нарастающих ограничений двигательной активности, способности к самообслуживанию и нарушением субъективного контроля [13].

Значение скорости клубочковой фильтрации коррелировало с показателем жизнестойкости, принятием риска. Очевидно, что нарастание уремии влияет на самооощущение пациента, возможность продолжения специальных методов лечения и влияния на результат [14, 15].

В ходе исследования выявлен ряд взаимосвязей между показателями психоэмоционального состояния и лабораторными показателями (уровнем гемоглобина, альбумина, железа, С-реактивного белка). Согласно литературным данным, анемия ассоциируется со значительным нарушением качества жизни, нарастанием мышечной слабости, усугублением соматической симптоматики, снижением эффективности лечебных мероприятий [16, 17, 18]. Гипоальбуминемия отражает нарушения трофологического статуса паллиативных онкологических пациентов, сопровождается мышечной слабостью, снижением двигательной активности, нарушением социального функционирования. В условиях воспалительной реакции, отражением которой является увеличение концентрации С-реактивного белка, усугубляются явления гиперкатаболизма, анемия, нарастает кахексия, что не может не отражаться на психоэмоциональном состоянии пациента [19, 20, 21].

Таким образом, изучение психоэмоционального состояния отвечает современной модели медицинской помощи, направленной не только на устранение заболевания, что подчас невозможно для паллиативных онкологических больных, но и ориентацию на нормализацию психологического и социального функционирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У онкологических больных паллиативного профиля выявлены признаки психической дезадаптации. Отмечен средний (а в ряде случаев высокий) уровень ситуативной и личностной тревожности. Выявленный ряд корреляционных взаимосвязей акцентирует внимание на роли хронических неинфекционных заболеваний в ус-

гублении психоэмоционального статуса хронических полиморбидных онкологических паллиативных пациентов.

Исследование взаимосвязи физиологического состояния больных с их психологическим и эмоциональным статусом позволяет наиболее широко реализовать современный подход к персонализированному ведению полиморбидных пациентов, что позволяет производить своевременную коррекцию паллиативного лечения с целью повышения его эффективности, тем самым обеспечив адекватную психологическую и социальную помощь и максимально возможный уровень качества жизни больному в течение всего периода наблюдения.

Источники финансирования: отсутствуют.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Порох, В. И. Паллиативная терапия и качество жизни безнадежно больных пациентов: медико-этический и правовой аспекты / В. И. Порох, В. А. Катрунов, Е. В. Засыпкина // Вестник саратовской государственной юридической академии. – 2015. – № 2. – С. 241-248.
2. Новик, А. А. Исследование качества жизни в клинической медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2006. – Т. 1, № 1. – С. 91-99.
3. Готовкина, М. С. Паллиативная помощь в современной России: социологическая оценка // Научные ведомости. Серия Философия. Социология. Право. – 2013. – Т.166, № 23, Вып. 26. – С. 69-75.
4. Паллиативная помощь в российской федерации: современное состояние и перспективы развития / Г. А. Новиков, С. В. Рудой, М. А. Вайсман [и др.] // Практическая медицина. – 2009. – Т. 36, № 4. – С. 5-9.
5. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов / А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев // Руководство. – СПб. : Любавич, 2017. – 352 с.
6. Conversion of Karnofsky Performance Status (Kps) and Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (Ecog) to Palliative Performance Scale (Pps), and the interchange ability of Pps and Kps in Prognostic Tools / DeKock, I., Mirhosseini, M., Lau, F. [et al.] // Journal of Palliative Care. – 2013.–Vol. 29, № 3. – P. 163-169.
7. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи / Каприн А. Д., Абузарова Г. Р., Хороненко В. Э. [и др.]. – М. : МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015. – 48 с.
8. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М. : ЗАО «ОЛМА Медиа групп». – 2007. – 320 с.
9. Ивашкина, М. Г. Психологические особенности онкологических больных : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук. – Москва, 1998. – 24 с.
10. Денисенко, А. Н. Особенности клинико-психологического статуса онкологических больных и возможности его коррекции // Известия Самарского научного центра РАН. – Самара. – 2015. – Т. 17, № 2-3. – С. 502-506.
11. Manne, S. L. Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patients' spouses / S. L. Manne, S. J. Pape // Health Psychol. – 2001. – № 20. – P. 452-457.
12. Маврилова, Т. Ю. Психологические особенности онкологических больных / Т. Ю. Маврилова, Е. П. Малыгин // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – Москва. – 2002. – Т. 13, № 3. – С. 47-51.
13. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life / Okamura M., Yamavaki S., Akechi T. [et al.] // Jpn J Clin Oncol. – 2005. – Vol. 6, № 35 – P. 302-309.
14. Quality of life in adults with end-stage renal disease since childhood is only partially impaired / Groothoff J. W., Grootenhuis M. A., Offringa M. [et al.] // Nephrol. Dial. Transplant. – 2003. – Vol. 18, № 2. – P. 310-317.
15. Факторы, влияющие на качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью / Ткалич Л. М, Зибницкая Л. И., Калюжина Е. В. [и др.] // Нефрология. – 2006. – Т. 10, № 1. – С. 40-44.
16. Коррекция анемии и оценка эффективности трансфузий эритроцитов у пациентов с онкогематологическими заболеваниями / Романенко Н. А., Четчин А. В., Жигулева Л. Ю. [и др.] // Клиническая онкогематология. – 2018. – Т.11, № 3. С. 265-272.
17. Богданов, А. Н. Железодефицитные анемии в XXI веке / А. Н. Богданов, В. И. Мазуров // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. – 2016. – № 4. – С. 106-112.
18. Бредер, В. В. Анемия при злокачественных опухолях / В. В. Бредер, Н. С. Бесова, В. А. Горбунова // Сопроводительная терапия в онкологии. – 2006. – № 1. – С. 8-18.
19. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review / Jocham H. R. [et al.] // Journal of clinical nursing. – 2006. – Т. 15, № 9. – С. 1188-1195.
20. Савушкин, А. В. Оценка нутритивной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих колоректальным раком // Колопроктология. – 2016. – № 3. – С. 43-47.
21. Мисникова, И. В. Саркопеническое ожирение / И. В. Мисникова, Ю. А. Ковалева, Н. А. Климина // РМЖ. – 2017. – Т. 25, № 1. – С. 24-29.

Сведения об авторах

Харламова Ульяна Владимировна, д.м.н.
ГБУЗ «ЧОКЦО и ЯМ», г. Челябинск, Россия.
ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России,
г. Челябинск, Россия.
ORCID: 0000-0003-2421-5797
Email: top120@yandex.ru

Курченкова Ольга Валерьевна
ГБУЗ «ЧОКЦО и ЯМ», г. Челябинск, Россия.
ORCID: 0000-0002-4570-1404
Email: 89080812061@mail.ru

Абдалов Александр Олегович
ГБУЗ «ЧОКЦО и ЯМ», г. Челябинск, Россия.
ORCID: 0000-0002-8516-0446
Email: abdaloff@mail.ru

Шубина Ксения Алексеевна
ГБУЗ «ЧОКЦО и ЯМ», г. Челябинск, Россия.
ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России,
г. Челябинск, Россия
ORCID: 0000-0002-0844-9430
Email: ksyusha_shubina@mail.ru

Самодуров Стефан Игоревич
ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России,
г. Челябинск, Россия.
ORCID: 0000-0003-2320-8835
Email: mrstefan656@gmail.com

Information about the authors

Ul'jana V. Harlamova
Chelyabinsk Regional Clinical Center of Oncology
and Nuclear Medicine, Chelyabinsk, Russia.
South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia.
ORCID: 0000-0003-2421-5797
Email: top120@yandex.ru

Olga V. Kurchenkova
Chelyabinsk Regional Clinical Center of Oncology
and Nuclear Medicine, Chelyabinsk, Russia.
ORCID: 0000-0002-4570-1404
Email: 89080812061@mail.ru

Alexander O. Abdalov
Chelyabinsk Regional Clinical Center of Oncology
and Nuclear Medicine, Chelyabinsk, Russia.
ORCID: 0000-0002-8516-0446
Email: abdaloff@mail.ru

Ksenija A. Shubina
Chelyabinsk Regional Clinical Center of Oncology
and Nuclear Medicine, Chelyabinsk, Russia.
South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia.
ORCID: 0000-0002-0844-9430
Email: ksyusha_shubina@mail.ru

Stefan I. Samodurov
South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia.
ORCID: 0000-0003-2320-8835
Email: mrstefan656@gmail.com