

ОБЗОР

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 615.851.03:616-006.04-036.868

Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных

А.А. Кукушина, Д.А. Верещагина

ГУЗ "Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины" Департамента здравоохранения г. Москвы, 107120, Москва, Российская Федерация

В обзоре представлены особенности внутренней картины болезни и психические расстройства, наблюдающиеся у онкологических больных. Рассмотрены факторы, предрасполагающие к развитию раковых заболеваний. Перечислены методы психодиагностики, наиболее часто применяемые для оценки психоэмоционального состояния этой категории пациентов. Также представлены психотерапевтические подходы, направленные как на психокоррекцию состояния пациентов с онкологическими заболеваниями в процессе лечения, так и на психореабилитацию и улучшение качества жизни в восстановительный период.

Ключевые слова: *качество жизни; внутренняя картина болезни; онкология; восстановительный период; психотерапия; психокоррекция; реабилитация*

Kukshina A.A., Vereshchagina D.A.

PECULIARITIES OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE AND PSYCHOTHERAPEUTIC METHODS IN REHABILITATION OF ONCOLOGICAL PATIENTS

Moscow Research and Practical Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine, Moscow Health Department; 107120 Moscow, Russian Federation

The present review is focused on the peculiar features of the clinical picture and psychic disorders in oncological patients with special reference to the factors predetermining the development of oncological pathology. The most widely used methods of psychodiagnostics employed to evaluate the psychoemotional status of such patients are described along with therapeutic modalities for its correction during cancer treatment, subsequent rehabilitation, and improvement of the quality of life during the rehabilitative period.

Key words: *quality of life; internal picture of disease; oncology; rehabilitative period; psychotherapy; psychocorrection; rehabilitation*

В настоящее время широко распространена концепция внутренней картины болезни (ВКБ), описанная Р.А. Лурией (1977) как совокупность переживаний и ощущений пациента в связи с заболеванием и лечением [1]. В структуре ВКБ выделяется несколько уровней: болевой, эмоциональный, интеллектуальный и волевой [1—4]. ВКБ является составляющей частью понятия качества жизни (КЖ), представляющего собой характеристику, включающую весь опыт жизни с ее ценностями, событиями, целями, отношением к здоровью и болезни [2, 5]. В процессе формирования КЖ велика значимость психосоматического взаимодействия, поскольку существует доказанный факт неблагоприятного влияния тревожных и депрессивных расстройств на течение многих болезней [2, 5, 6]. Также значение имеют психосоциальные взаимосвязи: установлено, что лица с низким социально-экономическим статусом имеют более

низкий уровень субъективного контроля, оптимизма, доброжелательности, самоуважения и более высокие показатели морбидности и смертности по сравнению с представителями среднего класса [7—9].

Началом исследования КЖ в медицине принято считать конец 40-х годов XX века, когда были опубликованы работы D. Karnofsky, W.H. Abelmann, L.F. Craver, J.H. Burchenal (1948), посвященные оценке функциональных возможностей онкологических больных [10]. Современные исследования в области психоонкологии осуществляются в трех направлениях: психологические предпосылки раковых заболеваний, психические изменения у онкологических пациентов и возможности психокоррекции [11].

В научной литературе встречаются различные сведения о влиянии душевного состояния на развитие и течение онкологических заболеваний; взаимосвязь эмоций, центральной нервной и иммунной систем является доказанным фактом [3, 12]. Так называемыми психологическими канцерогенами явля-

Кукушина Анастасия Алексеевна, e-mail: kukshina@list.ru

ются различные психотравмирующие события, длительное пребывание в состоянии тоски и отчаяния [3, 13—17]. Ведущую роль в воздействии на иммунную систему, приводящем к повышенному синтезу атипичных клеток, играет потеря интереса к жизни [13]. Значимыми predispositionами развития злокачественных новообразований являются конституционально-депрессивная структура личности и преморбидный инфантилизм [18, 19]. Также существует связь онкологии с низким социально-экономическим статусом [15, 20—23].

Что касается изменений психики онкологических больных, то причины этой трансформации вполне объяснимы, поскольку связаны с такими особенностями раковых заболеваний, как наличие болевого синдрома, постоянная угроза возникновения рецидивов и метастазов [11]. ВКБ формируется на фоне стрессовой реакции личности как на сам факт наличия недуга, традиционно причисляемого к неизлечимым, так и на симптомы заболевания, калечащие операции, трудный период восстановительного лечения, изменение социальных ролей [4, 5, 24]. В условиях изменившейся жизненной ситуации структура личности пациентов существенно трансформируется, нередко приобретая не свойственные ранее аутистические черты [24]. В состоянии психической защиты способность к объективному анализу ситуации нарушается, что может привести к формированию ложной концепции заболевания с представлением наилучшего исхода [4]. ВКБ у онкологических больных может проявляться двумя полярными вариантами: в виде гипернозогнозии (имеющей симптомы тревоги, депрессии, ипохондрии) и гипонозогнозии (несвоевременное обращение за медицинской помощью, несоблюдение рекомендаций врача) [25]. Особенности психических реакций в дооперационный и ранний послеоперационный периоды, определяющие наличие и выраженность последующих психических нарушений, зависят от многих факторов, в том числе от возраста, социального статуса, личностных особенностей, интеллектуального уровня, отношений в семье, времени ожидания операции, информации о результатах лечения других пациентов [3, 4, 13, 25—27]. Согласно данным эпидемиологических исследований, психические расстройства у онкологических больных развиваются в 70—80% случаев [28—30]. На фоне ухудшающегося самочувствия, вегетативно-сосудистых расстройств и ситуации ограничения привычной социальной активности у пациентов наблюдаются депрессия, эмоциональная лабильность, постоянное чувство тревоги, не свойственная ранее агрессивность, вызываемая опасением за свое здоровье, неверием в выздоровление [13, 24, 28, 31—37]. В динамике ВКБ у онкологических больных на разных этапах лечения наблюдается переход от вытеснения мыслей о заболевании на этапе диагностики к возрастанию тревоги, появлению страха смерти и депрессивной реакции на стадиях активной терапии; в дальнейшем настроение повышается или понижается в зависимости от исхода лечения [38]. Также отмечается снижение у пациентов реакций планирования решения проблем и уровня принятия ответ-

ственности в силу вынужденной ситуации передачи в руки врачей ответственности за свою жизнь [13, 38]. На этапах, связанных с операцией, имеет место зависимость эмоционального состояния от степени инвазивности предстоящего вмешательства и места поражения [25, 38]. Позже, в период реабилитации, помимо субъективных переживаний пациентов, существуют и объективные причины психического дискомфорта, такие как неадекватное, недоброжелательное, зачастую с элементами нездорового любопытства, отношение окружающих, отстраненность со стороны близких людей [13, 28, 33].

Самым распространенным онкологическим заболеванием у женщин России является рак молочной железы (РМЖ) [39]. Мастэктомия влечет за собой изменение физического и психологического образа тела, ощущение ущербности, поэтому у пациенток с РМЖ, перенесших это оперативное вмешательство, особенно выражено нарушение психоэмоционального состояния [24, 33, 40, 41]. Женщины после мастэктомии в большей степени, чем здоровый контингент, 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 лечебный процесс [41]. Также после радикальных операций по поводу РМЖ наблюдается тяжелая тревожная депрессия с раздражительностью, обидчивостью, эмоциональной лабильностью, часто с суицидальными мыслями и сверхценной идеей физического недостатка [24, 33, 34]. У больных с РМЖ шоковое состояние, тревога и страх в начале заболевания, не будучи купированы, после мастэктомии в 87% случаев разворачиваются в тяжелые невротические и депрессивные состояния, обусловленные тревожным ожиданием прогрессирования заболевания [42]. В отдаленном периоде (через 12—15 мес после завершения лечения) выявляется преобладание тревожно-депрессивного, тревожно-ригидного и истерического типов личности, что говорит о наличии глубокой деформации психики [24].

У пациентов с онкологическими заболеваниями других локализаций также наблюдаются психические расстройства, причем, по данным ряда зарубежных исследователей, при раке легкого, печени, поджелудочной железы, головы и шеи развиваются более выраженные психические нарушения, чем у пациентов с раковым поражением женских репродуктивных органов, молочной железы, прямой кишки и предстательной железы [43, 44]. Среди отечественных исследований не представлено схожих с вышеуказанными данными о взаимосвязи локализации и тяжести психических расстройств, хотя имеется немало исследований, посвященных данной теме. Например, И.В. Григорьева и С.А. Игумнов [4, 35] отмечают, что у больных раком щитовидной железы преобладает тревожный тип реагирования на болезнь; происходят также изменения познавательных процессов. Т.И. Грушина [33] сообщает о развитии тревожно-депрессивных расстройств у больных, оперированных по поводу рака желудка, а также описывает специфический для этих больных синдром

агастральной астении, интенсивность которого взаимосвязана с выраженностью депрессивной симптоматики. В исследованиях А.Б. Смулевича, С.В. Иванова, Д.А. Бесковой и М.Р. Шафигуллина [45] также есть данные о нозогениях у больных раком желудка. По данным Н.В. Ситникова, у пациентов с раком предстательной железы после радикальной простатэктомии в раннем послеоперационном периоде в 90% случаев имеет место искаженная ВКБ с преобладанием неврастенических, ипохондрических или тревожно-депрессивных симптомов [46]. В.А. Рослякова при исследовании эмоционального состояния больных с опухолями челюстно-лицевой области установила наличие в 100% случаев легкого или умеренного депрессивных эпизодов [47].

Для уточнения типа эмоциональной реакции пациента на болезнь и наблюдения динамики ВКБ, а также для разработки тактики психокоррекции применяются различные психодиагностические методики. Среди них: ММРІ, мини-мульти, личностный опросник Бехтеревского института — ЛОБИ, опросники Айзенка, Тейлора, Лондонской больницы Миддлсекс — МНҚ, опросник уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера, шкала выраженности депрессии Гамильтона — HAM-D, госпитальная шкала тревоги и депрессии — HADS, опросник ТООБЛ, методика «Индекс жизненного стиля», тест оценки фрустрационной толерантности, методика оценки суицидального риска «Сигнал», тест оценки способности к психоэмоциональной регуляции, опросник «Уровень субъективного контроля» Е.Ф. Бажина, Е.А. Голынкина и Л.М. Эткинд, тест смысловых ориентаций (СЖО), опросник общей самооценки Р. Шварцера и М. Ерусалема, опросник социальной поддержки G. Zimet, а также используемые с недавнего времени опросники Short Form-36, EORTC QLQ-C30, FACT-G для оценки КЖ [4, 19, 24, 27, 33—35, 41, 46—48].

Патологическое эмоциональное состояние больных влияет на течение заболевания на всех этапах, усложняя предоперационный период, замедляя послеоперационное восстановление функциональных нарушений, увеличивая риск послеоперационных осложнений [4, 24, 34, 35]. Развивающиеся психопатологические состояния часто не имеют тенденции к самопроизвольной редукции; скорее наоборот — наблюдается их нарастание, в связи с чем возникает необходимость психологической коррекции и реабилитации [13, 33, 42, 47, 49, 50]. На настоящий момент важность и эффективность психотерапии (ПТ) онкологических больных общепризнана, хотя до сих пор не сформулированы единые стандарты ее проведения [51]. Среди наиболее часто упоминаемых в научной литературе направлений и методов можно назвать следующие: рациональная, когнитивно-поведенческая, экзистенциальная, интегративная, групповая ПТ, прогрессивная мышечная релаксация, аутотренинг, гипноз, символдрама, техники активного воображения, психосинтез, гештальт-терапия, транзактный анализ, психодрама, психоанализ [3, 11, 13, 19, 25, 28, 38, 51]. Можно выделить три основных этапа ПТ: работа в дооперационный, в ранний послеоперационный и отдаленный периоды.

Работа в дооперационный период направлена преимущественно на рациональную коррекцию представлений пациента о болезни на уровне упорядочивания всех имеющихся у него знаний о диагностированном заболевании, проговаривания возникающих страхов и отрицательных установок по поводу данной нозологии [4, 13, 19, 38, 42]. Исследователи в области психоонкологии отмечают важность обретения больными новой системы смыслов, поскольку прежняя начинает рушиться с момента постановки диагноза [4, 13, 24, 25, 38, 51]. Для этой задачи актуальны такие направления, как терапия В. Франкла и А. Лэнгле, методы работы с базовыми убеждениями, ценностями, целеустремленностью в рамках когнитивно-эмоциональной и рационально-эмотивной ПТ, а также техники психосинтеза [3, 7, 13].

ПТ в раннем послеоперационном периоде направлена на предотвращение самоизоляции и погруженности в болезнь [3, 13, 42, 51]. Здесь особо эффективны различные направления групповой ПТ, позволяющие создать условия общения, приближенные к естественным, что помогает освободиться от комплекса неполноценности [11, 13, 42]. Психокоррекция также играет роль в функциональном восстановлении организма после различных операций. Так, по данным Т.И. Грушиной [33], у больных раком горла после ларингэктомии успешность логопедических занятий по восстановлению звучности голоса напрямую зависит от состояния психики пациентов; поэтому включение ПТ в комплекс реабилитации способствует повышению усвояемости логопедических упражнений за счет обретения положительного эмоционального настроения. По результатам ряда исследований ПТ потенцирует эффекты химиотерапии и лучевой терапии [51, 52].

На этапе восстановительного лечения ПТ является более продолжительной и сложной по сравнению с предыдущими шагами, поскольку шоковые реакции первых этапов трансформировались в тяжелые тревожно-депрессивные расстройства [24, 28, 42, 50]. Изменение отношений человека с собой и миром может привести к самоизоляции, которая подпитывается инвалидностью с потерей прежних социальных контактов [11, 19]. Поэтому в период реабилитации психокоррекция должна быть направлена на формирование целей, которые будут способствовать возвращению к активной жизни [11, 13, 19, 51].

Многие авторы отмечают высокую эффективность ПТ онкологических больных на разных этапах лечения при сочетании нескольких модальностей, причем большинство методик применяются параллельно, поскольку обладают взаимным потенцирующим влиянием на психику [3, 13, 19, 25, 42, 53]. Г.А. Ткаченко, И.К. Воротников и Ю.В. Буйденко [42] выделяют личностно-ориентированные, когнитивные и суггестивные методы: гипноз, внушение в бодрствующем состоянии (метод Э. Куэ) и в состоянии аутогипнотического транса (аутогенная тренировка И. Шульца). Как сообщают авторы, личностно-ориентированные и когнитивные направления применимы преимущественно к людям с высоким интеллектом, имеющим ресурс для самостоятельного совладания

со стрессовой реакцией на болезнь. Суггестивные методики в сочетании с техниками релаксации особо эффективны у больных с высоким уровнем тревоги и незначительно выраженным депрессивным состоянием [13]. К. Саймонтон и С. Саймонтон [13] с 60-х годов прошлого века исследовали возможности психокоррекции онкологических больных и разработали целостную, многогранную систему, в которой, помимо работы на уровне рационального осмысления, также предлагаются техники, включающие в себя сочетание различных модальностей. Например, на фоне релаксации применяются такие техники, как «Преодоление затаенных обид» (сочетание символдрамы с методом активного воображения), «Постановка целей» (включает рациональную работу и визуализацию), «Встреча с Внутренним Наставником» (сочетание символдрамы и психосинтеза), «Преодоление боли» (комплекс упражнений с элементами телесно-ориентированной ПТ, символдрамы, активного воображения, психосинтеза), а также техники «Рецидив болезни» и «Работа со смертью», в которых работа со страхами происходит посредством приемов экзистенциальной и трансперсональной ПТ [13]. Система К. Саймонта и С. Саймонта была взята за основу А.А. Шутценбергером, дополнившим ее методами психодрамы и геносоциогаммы, позволяющими полнее осознать и скорректировать жизненный сценарий с учетом родовой истории [54].

Также имеются данные об успешном психотерапевтическом воздействии в рамках изолированного применения одной—двух модальностей. Например, S. Greer [55] разработал метод адьювантной психологической терапии, представляющий собой краткосрочную групповую работу в рамках когнитивно-поведенческой ПТ, направленной на пересмотр дезадаптивного стиля поведения. Также названная выше Г.А. Ткаченко в другой своей работе сообщает о значительном улучшении психического состояния больных в результате изолированного использования методик арт-терапии, позволяющих исследовать и выражать чувства и эмоции на символическом уровне [36]. Помимо данных о применении арт-терапии, Г.А. Ткаченко совместно с Л.В. Сафроновой предоставляют сведения об эффективном использовании в психотерапии онкологических больных модальности символдрамы, дающей возможность работать в обход рациональных установок пациента как с актуальным состоянием, так и с травматическим прошлым и образом перспективы [56]. Авторы отмечают особую пластичность метода как отличительное качество, позволяющее применять символдраму в комплексе с методами арт-терапии, телесно-ориентированной, клиент-центрированной терапии. Также в литературе встречаются сведения о применении в ПТ онкологических больных метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) [4, 35]. По данным И.В. Григорьевой и С.А. Игумнов, краткосрочное применение ДПДГ позволяет за более короткий промежуток времени достичь более выраженного и стойкого состояния психологической адаптации, чем при использовании традиционных приемов рациональной ПТ [4, 35].

В ходе долгого периода от начала онкологического заболевания до устойчивой ремиссии у пациентов очень часто принципиально меняется картина мира, начинается интенсивное личностное развитие, поскольку переживание тяжелого, опасного для жизни заболевания приводит к утрате прежних смыслов бытия с последующей их трансформацией [4, 13, 19, 24, 35, 38, 51]. Г.А. Ткаченко и И.М. Шестопалова в результате исследования ценностно-потребностной сферы больных РМЖ выявили существенные перемены в отдаленном периоде по сравнению со временем начала заболевания. Наблюдалось повышение значимости таких ценностей, как развитие, уверенность в себе, любовь, активная деятельная жизнь, наличие верных друзей [24]. Как отмечает Н.В. Финагентова, факторами, способствующими лучшему качеству реабилитации, оказались стремление к духовному развитию, образованность, владение своими эмоциями, принятие себя, способность устанавливать близкие отношения, активная деятельность по улучшению здоровья [57]. Направленность ПТ на духовное развитие способствует сокращению длительности восстановительного лечения и улучшению долгосрочного прогноза [3, 13, 19, 51, 57]. Согласно ряду наблюдений, ПТ онкологических больных не только улучшает качество жизни и увеличивает ее продолжительность, но и способствует полному выздоровлению [13, 51, 52, 58]. Что касается последнего, то «чудесное исцеление» происходит не за счет постулирования психотерапевтом и не благодаря вере пациента в выздоровление, а в результате использования методов, сопровождающихся реальными ощущениями и приводящих к изменению сознания [13, 51].

Таким образом, согласно представленному обзору литературы, у онкологических больных часто развиваются нарушения в психоэмоциональной сфере, усложняющие лечение и снижающие эффективность реабилитации в восстановительный период. Поэтому возникает необходимость психокоррекции и ПТ. Наиболее предпочтителен мультимодальный подход, предоставляющий широкий спектр методик. В работе не затронута тема психокоррекции в паллиативной онкологии, поскольку данное направление имеет специфические цели и задачи и потому требует более подробного изучения как вопроса психоэмоционального состояния онкологических больных в терминальной стадии, так и целого пласта человеческих ценностей и культурных традиций, связанных с умиранием. Эта тема освещена в работах ряда исследователей; среди них А.В. Гнездилов, К. Саймонтон и С. Саймонтон, Е.П. Комкова, Н.П. Кокорина, Ю.А. Магарилл [13, 28, 52].

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М.: Медицина; 1977.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией. Сибирский психологический журнал. 2008; 27: 67—71.
3. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. М.: ЭКСМО; 2009.
4. Григорьева И.В., Игумнов С.А. Особенности психологического состояния и медико-психологическая помощь пациентам, оперированным по поводу рака щитовидной железы: основные

- стратегии психотерапевтической коррекции. Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2010; 2: 19—23.
5. *Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А., Лынный С.Д., Флорова И.Л.* Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах. В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева; 2001: 103—14.
 6. *Смулевич А.Б.* Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. М.: МИА; 2001.
 7. *Winkleby M.A., Jatulis D.E., Frank E., Fortmann S.P.* Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am. J. Publ. Health.* 1992; 82: 816—20.
 8. *Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., Folkman S., Syme L.* Socioeconomic inequalities and health. *J. A. M. A.* 1993; 269: 3140—5.
 9. *Taylor S.E., Seeman T.E.* Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1999; 896: 210—25.
 10. *Karnofsky D.A., Abelmann W.H., Craver L.F., Burchenal J.H.* The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma: with particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer.* 1948; 1: 634—56.
 11. *Козлова Н.В., Андреева Т.В.* Социально-психологическое сопровождение онкологических больных. Вестник Томского государственного университета. 2010; 335: 142—7.
 12. *Baltrusch H.J., Stangel W., Titzel I.* Stress, cancer and immunity. New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. *Acta Neurol.* 1991; 13: 315—27.
 13. *Саймонтон К., Саймонтон С.* Психотерапия рака. СПб: Питер; 2001.
 14. *Архипова И.В., Кокорина Н.П., Магарилл Ю.А.* Психогенные факторы и рак молочной железы. В кн.: Актуальные проблемы рака молочной железы. Кемерово; 2003; вып. VII: 7—8.
 15. *Ильницкий А.П.* Бедность, стресс, рак. Вместе против рака. 2004; 3: 5—7.
 16. *Рожкова Н.И.* Современная медицина для здоровья и эстетики молочной железы. Опухоли женской репродуктивной системы. 2008; 3: 10—3.
 17. *Писарева Л.Ф., Одинова И.Н., Ананина О.А., Муранова О.Ю., Гурина Л.И.* Эпидемиология рака молочной железы в приморском крае. Сибирский онкологический журнал. 2010; 1: 50—5.
 18. *Гуменюк Л.Н., Рослякова В.А.* Биопсихосоциальные факторы риска формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2010; 1—2: 103—6.
 19. *Ивашкина М.Г.* Опыт психокоррекционного и психореабилитационного сопровождения личности в условиях онкологического заболевания. Лечебное дело. 2010; 3: 49—54.
 20. *Sterling T., Rosenbaum W., Weinkam J.* Income, race, and mortality. *J. Natl. Med. Assoc.* 1993; 85 (12): 906—11.
 21. *Villar H.V., Menck H.R.* The National Cancer Data Base Report on Cancer in Hispanics. *Cancer.* 1994; 74: 2386—95.
 22. *Mackillop W.J., Zhang-Salmons J., Boyd C.J., Groome P.A.* Associations between community income and cancer incidence in Canada and the United States. *Cancer.* 2000; 89: 901—12.
 23. *Березанцев А.Ю., Монастырева Л.И., Стражев С.В.* Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы. Опухоли женской репродуктивной системы. 2012; 1: 8—12.
 24. *Ткаченко Г.А., Шестопалова И.М.* Особенности личности больных раком молочной железы в отдаленном периоде. Вестник психотерапии. 2007; 21 (26): 66—78.
 25. *Андрющенко А.В.* Основные принципы реабилитации онкологических больных. В кн.: Сборник материалов VI Всероссийского съезда онкологов. М.; 2005: 39—40.
 26. *Левин Т., Киссане В.Д.* Психонкология: состояние на 2006 г. Психические расстройства в общей медицине. 2007; 2 (3): 10—24.
 27. *Мусаева Н.Э., Дыхно Ю.А., Слонимская Е.М.* Качество жизни больных при раке молочной железы. Сибирский онкологический журнал. 2005; 2 (14): 50—5.
 28. *Гнездилов А.В.* Психология и психотерапия потерь: пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. СПб: Речь; 2002.
 29. *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.
 30. *Pirl W.F.* Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* 2004; 32: 32—9.
 31. *Блинов Н.Н., Хомяков И.П., Шиповников Н.В.* Об отношении онкологических больных к своему диагнозу. Вопросы онкологии. 1990; 8: 966—9.
 32. *Марилова Т.Ю.* Психологические особенности онкологических больных. Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. 2002; 3: 47—51.
 33. *Грушина Т.И.* Реабилитация в онкологии: физиотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006.
 34. *Марилова Т.Ю., Шестопалова И.М.* Тревога и депрессия как суицидальный риск при раке. Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. 2008; 19 (4): 53—4.
 35. *Григорьева И.В.* Применение интегративной психотерапии методом десенсибилизации и переработки движениями глаз у больных с раком щитовидной железы. Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. 2009; 2: 79—88.
 36. *Ткаченко Г.А.* Психологическая помощь онкологическим больным с использованием арт-терапии. Вестник психотерапии. 2010; 38 (33): 65—9.
 37. *Jacobsen P.B., Donovan K.A.* Psychological co-morbidities of cancer. In: *Psychological co-morbidities of physical illness: a behavioral medicine perspective.* Springer Science+Business Media, LLC; 2011: 163—206.
 38. *Русина Н.А.* Психологическая адаптация к болезни у пациентов с онкологическими заболеваниями. В кн.: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». 2011: 108—14.
 39. *Давыдов М.И., Аксель Е.М.* Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. М.: Медицина; 2005.
 40. *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—48.
 41. *Сирота Н.А., Фетисов Б.А.* Копинг-поведение женщин больных раком молочной железы. В кн.: Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психологии». Краснодар; 2012; 203—9.
 42. *Ткаченко Г.А., Воронников И.К., Буйденко Ю.В.* Роль психотерапии в лечении больных раком молочной железы. Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. 2010; 21 (3): 61—4.
 43. *Zabora J., Brintzenhofesoc K., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S.* The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology.* 2001; 10 (1): 19—28.
 44. *Stommel M., Kurtz M.E., Kurtz J.C., Given C.W., Given B.A.* A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychol.* 2004; 23 (6): 564—73.
 45. *Смулевич А.Б., Иванов С.В., Бескова Д.А., Шафигуллин М.Р.* Нозогенные реакции у больных раком желудка. Психические расстройства в общей медицине. 2007; 2 (3): 4—10.
 46. *Ситников Н.В.* Профилактика осложнений и ранняя реабилитация больных после радикальной простатэктомии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2008.
 47. *Рослякова В.А.* Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у больных с опухолями челюстно-лицевой области. Медицинская психология. 2012; 7 (1): 85—8.
 48. *Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина; 1983.
 49. *Мельченко Н.И., Ковинова О.С.* Психологическое консультирование и психотерапия онкологических больных. Паллиативная медицина и реабилитация. 1999; 2: 53—7.
 50. *Ткаченко Г.А.* Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщин, страдающих раком молочной железы. Сибирский психологический журнал. 2008; 30: 97—101.
 51. *Уманский С.В., Семке В.Я.* Психотерапевтические стратегии в комплексном лечении онкологических больных. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008; 4 (51): 68—71.
 52. *Комкова Е.П., Кокорина Н.П., Магарилл Ю.А.* Роль психотерапии в оказании паллиативной помощи онкологическим больным. Сибирский онкологический журнал. 2003; 2: 33—5.
 53. *Greer S., Moorey S., Baruch J.D., Watson M., Robertson B.M., Mason A., Rowden L., Law M.G., Bliss J.M.* Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Br. Med. J.* 1992; 304 (6828): 675—80.
 54. *Шутценбергер А.А.* Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака). Вопросы психологии. 1990; 5: 94—106.

55. Greer S. Psychooncology: its aims, achievements and future tasks. *Psychooncology*. 1994; 3: 87—102.
56. Ткаченко Г.А., Сафронова Л.В. Использование символдрамы в психотерапии онкологических больных. В кн.: Материалы международной научно-практической конференции «Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения». Пенза, М., Витебск; 2011: 82—7.
57. Финагентова Н.В. Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб; 2010.
58. Володин Б.Ю. Возможности психотерапии в онкологической клинике. *Российский онкологический журнал*. 2009; 1: 43—5.

REFERENCES

1. Luriya R.A. Internal disease pattern and iatrogenic diseases. Moscow: Meditsina; 1977 (in Russian).
2. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Fedorova V.L. Personal disease picture in quality of life structure in individuals with physical illnesses. *Sibirskiy psikhologicheskij zhurnal*. 2008; 27: 67—71 (in Russian).
3. Malkina-Pykh I.G. Psychosomatics. Moscow: EKSMO; 2009 (in Russian).
4. Grigor'eva I.V., Igumnov S.A. Features of psychological condition, medical and psychological care to patients operated on for thyroid cancer: the basic strategy of psychotherapeutic correction. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2010; 2: 19—23 (in Russian).
5. Vasserman L.I., Gromov S.A., Mikhaylov V.A., Linnik S.D., Flerova I.L. Concepts of rehabilitation and quality of life: continuity and differences in the modern approaches. In: *Psychosocial rehabilitation and quality of life*. St. Petersburg: SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2001: 103—14 (in Russian).
6. Smulevich A.B. Depression in general medicine. A guide for doctors. Moscow: Medicinskoe informacionnoe agentstvo; 2001 (in Russian).
7. Winkleby M.A., Jatulis D.E., Frank E., Fortmann S.P. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am. J. Publ. Health*. 1992; 82: 816—20.
8. Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., Folkman S., Syme L. Socioeconomic inequalities and health. *J. A. M. A.* 1993; 269: 3140—5.
9. Taylor S.E., Seeman T.E. Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1999; 896: 210—25.
10. Karnofsky D.A., Abelmann W.H., Craver L.F., Burchenal J.H. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma: with particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer*. 1948; 1: 634—56.
11. Kozlova N.V., Androsova T.V. Social and psychological support of oncological patients. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2010; 335: 142—7 (in Russian).
12. Baltrusch H.J., Stangel W., Titze I. Stress, cancer and immunity. New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. *Acta Neurol.* 1991; 13: 315—27.
13. Saymonton K., Saymonton S. Psychotherapy of cancer. St. Petersburg: Piter; 2001 (in Russian).
14. Arhipova I.V., Kokorina N.P., Magarill Yu.A. Psychogenic factors and breast cancer. *Kemerovo*; 2003; issue VII: 7—8 (in Russian).
15. Il'nickij A.P. Poverty, stress, cancer. *Vmeste protiv raka*. 2004; 3: 5—7 (in Russian).
16. Rozhkova N.I. Modern medicine for the health and aesthetics of the breast. *Opuholi zhenskoy reproduktivnoj sistemy*. 2008; 3: 10—3 (in Russian).
17. Pisareva L.F., Odintsova I.N., Ananina O.A., Muranova O.Ju., Gurina L.I. Epidemiology of breast cancer in Primorsky kraj (Russian Far East). *Sibirskiy onkologicheskij zhurnal*. 2010; 1: 50—5 (in Russian).
18. Gumenyuk L.N., Roslyakova V.A. Biopsychosocial factors of the risk of development of maladjustment among the patients who suffer from malignant tumors of the maxillofacial area. *Zhurnal psikiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2010; 1—2: 103—6 (in Russian).
19. Ivashkina M.G. The experience of psychocorrection and psychorehabilitation accompaniment for person with cancer. *Lechebnoe delo*. 2010; 3: 49—54 (in Russian).
20. Sterling T., Rosenbaum W., Weinkam J. Income, race, and mortality. *J. Natl. Med. Assoc.* 1993; 85 (12): 906—11.
21. Villar H.V., Menck H.R. The National Cancer Data Base Report on Cancer in Hispanics. *Cancer*. 1994; 74: 2386—95.
22. Mackillop W.J., Zhang-Salomons J., Boyd C.J., Groome P.A. Associations between community income and cancer incidence in Canada and the United States. *Cancer*. 2000; 89: 901—12.
23. Berezantsev A.Yu., Monasypova L.I., Strazhev S.B. Clinical and psychological aspects of rehabilitation of women with breast cancer. *Opuholi zhenskoy reproduktivnoj sistemy*. 2012; 1: 8—12 (in Russian).
24. Tkachenko G.A., Shestopalova I.M. Personal characteristics of patients with breast cancer in the distant period. *Vestnik psihoterapii*. 2007; 21 (26): 66—78 (in Russian).
25. Andryushenko A.V. The basic principles of rehabilitation of cancer patients. In: *Sbornik materialov VI Vserossiyskogo s'ezda onkologov*. Moscow; 2005; 39—40 (in Russian).
26. Levin T., Kissane V.D. Psycho-oncology: the state in 2006. *Psikhicheskije rasstroystva v obshchey meditsine*. 2007; 2 (3): 10—24 (in Russian).
27. Musaeva N.E., Dykhno Yu.A., Slonimskaya E.M. The quality of life in patients with breast cancer. *Sibirskiy onkologicheskij zhurnal*. 2005; 2: 50—5 (in Russian).
28. Gnedilov A.V. Psychology and psychotherapy of losses: A guide of palliative medicine for physicians, psychologists and all interested in the problem. St. Petersburg: Rech'; 2002 (in Russian).
29. 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.
30. Pirl W.F. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr*. 2004; 32: 32—9.
31. Blinov N.N., Khomyakov I.P., Shipovnikov N. V. About the attitude of cancer patients to their diagnosis. *Voprosy onkologii*. 1990; 8: 966—9 (in Russian).
32. Marilova T.Yu. Psychological features of cancer patients. *Vestnik Rossiyskogo onkologicheskogo nauchnogo tsentra im. N.N. Blokhina RAMN*. 2002; 3: 47—51 (in Russian).
33. Grushina T.I. Rehabilitation in oncology: physiotherapy. Moscow: GEOTAR-Media; 2006 (in Russian).
34. Marilova T.Yu., Shestopalova I.M. Anxiety and depression as a suicidal risk in cancer. *Vestnik Rossiyskogo onkologicheskogo nauchnogo tsentra im. N.N. Blokhina RAMN*. 2008; 19 (4): 53—4 (in Russian).
35. Grigor'eva I.V. The use of integrative psychotherapy by the eye movement desensitization and reprocessing on patients with thyroid cancer. *Mediko-biologicheskie problemy zhiznedeyatel'nosti*. 2009; 2: 79—88 (in Russian).
36. Tkachenko G.A. Psychological help to cancer patients using art-therapy. *Vestnik psihoterapii*. 2010; 38 (33): 65—9 (in Russian).
37. Jacobsen P.B., Donovan K.A. Psychological co-morbidities of cancer. In: *Psychological co-morbidities of physical illness: a behavioral medicine perspective*. Springer Science+Business Media, LLC; 2011: 163—206.
38. Rusina N.A. Psychological adaptation to disease in the patients with cancer. In: *Sbornik materialov Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem «Klinicheskaya psikhologiya v zdravookhraneni i obrazovanii»*. 2011; 108—14 (in Russian).
39. Davydov M.I., Aksel' E.M. Statistics of cancer in Russia and the CIS. Moscow: Meditsina; 2005 (in Russian).
40. 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—48.
41. Sirota N.A., Fetisov B.A. Coping behavior of women with «breast cancer». In: *Materialy Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Aktual'nye voprosy psikhologii»*. Krasnodar; 2012: 203—9 (in Russian).
42. Tkachenko G.A., Vorotnikov I.K., Buidenok Yu.V. The role of psychotherapy in the treatment of breast cancer patients. *Vestnik Rossiyskogo onkologicheskogo nauchnogo tsentra im. N.N. Blokhina RAMN*. 2010; 21 (3): 61—4 (in Russian).
43. Zabora J., Brintzenhofesoc K., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*. 2001; 10 (1): 19—28.
44. Stommel M., Kurtz M.E., Kurtz J.C., Given C.W., Given B.A. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychol.* 2004; 23 (6): 564—73.
45. Smulevich A.B., Ivanov S.V., Beskova D.A., Shafigullin M.R. Nosogenic reactions in patients with gastric cancer. *Psikhicheskije rasstroystva v obshchey meditsine*. 2007; 2 (3): 4—10 (in Russian).
46. Sitnikov N.V. Prevention of complications and early rehabilitation of patients after radical prostatectomy. Diss. Moscow; 2008 (in Russian).

47. Rosliakova V.A. Clinical psychopathological characteristics of depressive disorders of nonpsychotic level in patients with tumors of maxillofacial area. *Meditinskaya psikhologiya*. 2012; 7 (1): 85—8 (in Russian).
48. Kabanov M.M., Lichko A.E., Smirnov V.M. Methods of psychological diagnosis and correction in the clinic. Leningrad: Meditsina; 1983 (in Russian).
49. Mel'chenko N.I., Kovshova O.S. Psychological counseling and psychotherapy of cancer patients. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya*. 1999; 2: 53—7 (in Russian).
50. Tkachenko G.A. Psychological improvement of the crisis state of women as personality who suffer from breast cancer. *Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal*. 2008; 30: 97—101 (in Russian).
51. Umanskiy S.V., Semke V.Ya. Psychotherapeutic strategies in complex treatment of cancer patients. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. 2008; 4 (51): 68—71 (in Russian).
52. Komkova E.P., Kokorina N.P., Magarill Yu.A. The role of psychotherapy in palliative care of cancer patients. *Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal*. 2003; 2: 33—5 (in Russian).
53. Greer S., Moorey S., Baruch J. D., Watson M., Robertson B. M., Mason A., Rowden L., Law M. G., Bliss J. M. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Br. Med. J.* 1992; 304 (6828): 675—80.
54. Shuttsenberger A.A. Critically ill patients (15 years of experience in the use of psychodrama in the treatment of cancer). *Voprosy psikhologii*. 1990; 5: 94—106 (in Russian).
55. Greer S. Psychooncology: its aims, achievements and future tasks. *Psychooncology*. 1994; 3: 87—102.
56. Tkachenko G.A., Safronova L.V. Using symbol drama in psychotherapy of cancer patients. In: *Materialy Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Sotsial'nye nauki i obshchestvennoe zdorov'e: teoreticheskie podkhody, empiricheskie issledovaniya, prakticheskie resheniya»*. Penza, Moscow, Vitebsk; 2011: 82—7 (in Russian).
57. Finagentova N.V. Psychological resources in the prevention of relapse in cancer. Diss. St. Petersburg; 2010 (in Russian).
58. Volodin B.Yu. Possibilities of psychotherapy in oncological clinic. *Rossiyskiy onkologicheskiy zhurnal*. 2009; 1: 43—5 (in Russian).

Поступила 31.05.12

ПО МАТЕРИАЛАМ ЗАЩИЩЕННЫХ ДИССЕРТАЦИЙ

© М.Г. РОССЕЙКИНА, 2013

УДК 615.847.8.03:618.145-002-02:618.71-084

Применение бегущего магнитного поля низкой частоты в профилактике и лечении послеродового эндометрита после абдоминального родоразрешения

М.Г. Россейкина

ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии»
Министерства здравоохранения России, г. Москва

Работа посвящена научному обоснованию и оценке эффективности применения бегущего магнитного поля низкой частоты (БемП) в профилактике и комплексной терапии острого послеродового эндометрита после абдоминального родоразрешения. Результаты исследований показали, что применение БемП для профилактики послеродовых осложнений у родильниц после абдоминального родоразрешения значительно улучшает клиническое течение послеоперационного периода, сокращает сроки нормализации клинико-лабораторных показателей и снижает частоту развития послеродового эндометрита с 24 до 6,7%, является безопасным и эффективным методом профилактики манифестных форм заболевания у пациенток со средним и высоким риском его развития.

Раннее включение БемП в реабилитационный комплекс у родильниц с острым послеродовым эндометритом после кесарева сечения позволяет на 3—4 сут раньше по сравнению с традиционной терапией купировать клинические симптомы заболевания, улучшить основные показатели лабораторных и инструментальных методов исследования и способствует формированию стойкого терапевтического эффекта, повышению иммунологической реактивности организма пациенток, что сокращает сроки их реконвалесценции на 27%.

Ключевые слова: бегущее магнитное поле низкой частоты; послеродовой эндометрит; кесарево сечение; профилактика; лечение

Rosseikina M.G.

THE APPLICATION OF THE LOW-FREQUENCY RUNNING MAGNETIC FIELD FOR PREVENTION AND TREATMENT OF POSTPARTUM ENDOMETRITIS FOLLOWING ABDOMINAL DELIVERY

Federal state budgetary institution "Russian Research Centre of Rehabilitative Medicine and Balneotherapeutics", Russian Ministry of Health and Social Development, Moscow

The aim of the work was to substantiate and evaluate the effectiveness of application of the low-frequency running magnetic field in prevention and combined treatment of acute postpartum endometritis following abdominal delivery. This therapy was shown to improve the clinical course of postoperative period, accelerate normalization of clinical and laboratory parameters and decrease the incidence of postpartum endometritis from 24 to 6.7%. It is a safe and effective method for the prevention of manifest forms of the disease in patients at moderate and high risk of its development. Early introduction of low-frequency running magnetic field in the rehabilitative treatment of puerperal women with acute postpartum endometritis following Cesarean section