

В отделении больным при необходимости проводится лапароскопия (до 100 манипуляций в год) для определения стадии и решения вопросов операбельности, составления перспективного плана лечения:

1. Хирургический компонент:
 - а) радикальные операции при I-II стадиях заболевания,
 - б) циторедуктивные операции при III-IV стадиях заболевания.
2. Химиотерапия препаратами платины, такасаны.
3. Лучевая терапия.

В отделении комплексной терапии придатков также лечатся больные с продолженным ростом и рецидивом заболевания.

Всего за 5 лет существования отделения пролечено больных:

Год	Количество пролеченных больных	Количество курсов химиотерапии	Количество операций
1996	746	634	161
1997	997	850	147
1998	1385	1219	184
1999	1530	1352	222
2000	1628	1447	237
Всего	6286	5502	951

Работа отделения изменила ситуацию с раком яичников в области:

1) Поставлено диспансерное наблюдение больных раком яичников в специализированном отделении с постоянным мониторингом (УЗИ м/таза, брюшной полости, СА-125, клинический осмотр).

2) Уменьшилась почти в 2 раза первогодичная смертность: с 45,4% в 1991г. до 25,8% в 1999г.

3) Количество больных, получивших комбинированное лечение (операция + химиотерапия) увеличилось с 50,7% (1991г.) до 70% (2000г.).

4) Благодаря активной тактике увеличилось количество пролеченных больных I-II стадии на 7%: 1991г – 30%, 2000г – 36,9%, в среднем по России - 32,7%.

5) 5-летняя выживаемость выросла на 3%.

Но остается высокая первогодичная смертность за счет группы первичных генерализованных больных, но эту проблему можно решить только за счет качества работы первичной сети.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕНИТАЛИЙ

В.Н. Прохоров

Уральская государственная медицинская академия

Возникновение опухоли половой системы у женщины помимо соответствующей клинической симптоматики сопровождается, как правило, целым рядом негативных психоэмоциональных реакций, вплоть до развития психических пограничных состояний, ухудшает качественные характеристики её жизни. Указанные явления способны снижать возможности защитных ресурсов организма, кроме того, подавленное настроение и развивающиеся депрессивные состояния нередко препятствуют безоговорочному и аккуратному выполнению

пациенткой всех рекомендаций лечащего врача. Чаще всего приходится констатировать также психосоциальные последствия проведения диагностических и лечебных мероприятий при опухолях гениталий у женщин в виде частичной или полной потери трудоспособности, а также возникновения напряжённости и конфликтных ситуаций в семье.

Перечисленные обстоятельства диктуют потребность в обязательном участии психолога и психотерапевта в курации больных в онкогинекологии. При этом глобальными задачами психологической службы являются: 1) оптимизация и повышение эффективности лечебно-диагностического процесса и, 2) сохранение нормального качества жизни женщин.

Центром внимания психолога является, естественно, сама больная женщина. Однако следует учитывать постоянное и весьма выраженное влияние на её психику ближайшего окружения, а именно её семьи и медиков, систематически контактирующих с пациенткой, осуществляющих диагностические и лечебные процедуры и информирующих женщину об особенностях её состояния, лабораторных показателях, планах и перспективах. Психоадаптационная и психокоррекционная работа должна осуществляться по схеме: психолог/психотерапевт - медицинское окружение пациентки - семья пациентки. Основными задачами психотерапевтических мероприятий у женщины с онкогинекологической патологией должны быть её эмоциональная стабилизация и достоверное, но одновременно с позитивной направленностью информирование о состоянии её здоровья, анализах, предстоящих лечебно-диагностических мероприятиях.

Постоянное напряжение, эмоциональная неустойчивость и страхи чаще всего приводят пациентку к состоянию психологической закрытости и стремлению подавить негативные переживания, что нередко ведёт, с одной стороны, к обособлению и невозможности самостоятельно решать собственные проблемы, с другой стороны препятствует формированию доверительных отношений с лечащим врачом и чёткому выполнению всех его рекомендаций.

Весьма продуктивной является коррекция эмоциональной неустойчивости и страхов женщины с помощью позитивного влияния членов её семьи, в частности, мужа и взрослых детей. С ними проводится обстоятельная работа по информированию о состоянии женщины, перспективах её здоровья и жизни, но, главное, о том, как необходимы больной внимание и понимание со стороны близких. Близкие родственники должны ободрять больную, стремиться создать условия для эмоционально положительного времяпрепровождения (книги, музыка, телепередачи, кинофильмы, рукоделие, прогулки, посещение театра и выставок).

При наличии достаточно благоприятного состояния больная женщина не должна быть отстранена от посильной трудовой деятельности на производстве и в домашнем хозяйстве. Необходимо формировать позитивную мотивацию женщины по отношению к любой активной деятельности. Не следует поощрять ситуацию, когда онкобольная погружена в собственные мысли и переживания, не имеет никаких домашних обязанностей и отстранена от участия в производственных делах, хотя её физическое состояние является достаточно благоприятным. В этом случае женщина ощущает себя никому не нужной, а с другой стороны, поневоле вынуждена круг своих мыслей и интересов ограничивать только своим состоянием и всевозможными медицинскими вопросами, чаще всего тревожного и тягостного характера.

Психолог или психотерапевт, осуществляющий адаптационные и психокорректирующие мероприятия, должен, безусловно, пользоваться полным доверием пациентки, уметь сформировать, несмотря на любые особенности диагноза, форму и локализацию опухоли, особенности предстоящего лечения (хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, гормональное), стабильность психоэмоционального состояния, дать ей надежду на улучшение и даже на выздоровление. Для этого ему необходимо регулярно общаться с лечащим врачом-онкогинекологом, чтобы быть в курсе особенностей состояния женщины и всех мероприятий медицинского характера. Психолог обязан вместе с лечащим врачом формировать общую стратегию общения с данной пациенткой, учитывая её личностные особенности, а также согласовывать с ним психологические нюансы информирования женщины, включая вопросы обследования, лечения и прогноза.

Наиболее оптимальными психокорректирующими методиками в онкогинекологической практике можно считать рациональную психотерапию, семейную психотерапию, нейролингвистическое программирование, телесноориентированную терапию, аутотренинг, арт- и ландшафтную терапию. Психолог выступает в роли разъясняющей, ободряющей и стабилизирующей инстанции, помогая преодолеть чувства одиночества, страха, растерянности и беспомощности. Курсы психотерапии продолжаются обычно не менее 2-х недель, при необходимости - дольше. В любом случае они должны иметь место на протяжении не только этапов активного обследования и лечения, но также в поддерживающем режиме в течение всего периода наблюдения у онкогинеколога. Таким образом, любая лечебно-диагностическая программа в онкогинекологии должна включать элементы психологической адаптации и включать следующие факторы:

- 1) обследование женщины помимо медицинских технологий должно включать оценку её психологических особенностей и нейропсихологического статуса;
- 2) основой психокорректирующих мероприятий являются современные психотерапевтические методологии, подобранные индивидуально на основании изучения профиля личности и психоэмоциональных качеств пациентки;
- 3) в алгоритм действий психолога обязательно должны включаться психотерапевтические технологии в отношении близких родственников пациентки и согласование проводимых мероприятий с медицинскими работниками, курирующими женщину.

СТРЕССОВЫЕ СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

В.Н. Прохоров, Л.П. Терёшина

Уральская государственная медицинская академия,
Центр здоровья и планирования семьи, г. Екатеринбург

Онкологические заболевания занимают особое место в массовом сознании людей. Они обычно ассоциируются с неизлечимыми заболеваниями неизвестной этиологии. Образ опухоли, как правило, формирует представления о невыносимых болях, мучительных страданиях, постепенном угасании и неизбежной смерти. Для многих людей характерно неверное, но достаточно устойчивое мнение об особой тяжести онкологических заболеваний, о неотвратимости трагического конца, фактической бесполезности лечения и недостаточно эффективной деятельности врачей. В представлениях большинства женщин онкогинекологическая патология связана с потерей менструальной и чадородной функций, необратимыми нарушениями сексуальной функции и удалением половых органов.

Несмотря на все достижения современной медицины, остаётся весьма высоким удельный вес позднего выявления злокачественных новообразований. В настоящее время считается, что основная роль хирургического подхода в программах комбинированного лечения онкологических больных заключается в максимальном удалении всех опухолевых очагов, включая первичную опухоль и метастазы, с целью создания оптимальных условий для лекарственной и лучевой терапии. Если для достижения максимальной циторедукции опухоли необходима комбинированная операция большого объёма, она должна быть выполнена.

При комбинированных хирургических вмешательствах на женских половых органах нередко возникает необходимость в расширении операции с осуществлением манипуляций на других органах в виде их резекции, ампутации или экстирпации (прямая или тонкая кишка, мочевого пузыря, мочеточники, печень). Выполнение расширенных оперативных вмешательств, обычно сочетающихся с проведением системной химиотерапии и лучевой терапии, сопровождается не только физическими страданиями, но и тяжёлыми душевными переживаниями.