

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

МОРОЗОВ РОМАН НИКОЛАЕВИЧ

**МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ
РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

14.02.05 – Социология медицины

Диссертация
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор,
Шипунов Дмитрий Александрович

Волгоград 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	11
1.1. Медико-биологические и клинические особенности рака молочной железы как предмет изучения социологии медицины	11
1.2. Факторы, влияющие на качество жизни инвалидов вследствие рака молочной железы	25
1.3. Экспликация внутренней картины болезни инвалидов со злокачественными заболеваниями молочной железы	40
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	55
2.1. Выявление и сравнительный анализ предикторов инвалидизации трудоспособных женщин после оперативного лечения по поводу рака молочной железы	55
2.2. Методы оценки влияния рака молочной железы на личностный потенциал, структуру и степень ограничения жизнедеятельности женщин	62
2.3. Методы выявления и анализа социальных потребностей инвалидов по причине рак молочной железы при основных видах медико-социальной реабилитации	67
ГЛАВА 3. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ	73
3.1. Социально-гигиеническая характеристика и клинико-функциональные особенности социальной группы женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы в Волгоградской области	73
3.2. Социальный портрет женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы в крупном промышленном городе	85
3.3. Качество жизни больных, признанных инвалидами после операции по поводу рака молочной железы и способы его повышения	97
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ВЫВОДЫ и ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	118
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	122
ПРИЛОЖЕНИЕ	147

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Злокачественные новообразования являются одной из приоритетных медико-социальных проблем во всех развитых странах мира, в том числе в Российской Федерации, как в силу их распространенности, так и в плане формирования инвалидности и смертности, уступая по этим показателям только сердечно-сосудистым заболеваниям¹.

Проблеме инвалидов вследствие онкологических заболеваний посвящено множество работ, но исследования женщин-инвалидов после операции по поводу рака молочной железы (РМЖ) в подавляющем случае актуализируют медицинские аспекты проблемы².

Результаты лечения и реабилитации при РМЖ, безусловно, зависят, от стадии заболевания, степени злокачественности опухоли, степени поражения лимфатических узлов, возраста и сопутствующей патологии и множества других факторов, связанных с особенностями лечения и больного организма³. Процесс лечения (как правило, радикальная мастэктомия) неизбежно

¹ Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – № 3. – С. 11-13; Аксель Е.М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20, № 3 (прил. 1). – С. 8-93. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2010. – 196 с; Siegel R., Ward E. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths // CA Cancer J. Clin. – 2011. – Vol. 61, № 4. – P. 212-236

² Давыдов М.И., Летагин В.П. Стандарты лечения больных первичным раком молочной железы. М., РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН – 2013. – С. 18-22; Берштейн Л.М. Эндокринология рака молочной железы как гетерогенного заболевания: десятилетие после миллениума // Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 59. № 3. – С. 292-298; Carlson R.W., Allred D.C., Anderson B.O., et al. Breast cancer. Clinical practice guidelines in oncology. // J. Natl. Compr. Canc. Netw. – 2009. – Vol. 7, № 2. – P. 122-192; Chou AF, Stewart SL, Wild RC, Bloom JR. Social support and survival in young women with breast carcinoma // Psychooncology. – 2012. – Vol. 21, № 2. – P. 125-133; Kroenke C.H., Quesenberry C., Kwan M.L., et al. Social networks, social support, and burden in relationships, and mortality after breast cancer diagnosis in the Life After Breast Cancer Epidemiology (LACE) Study // Breast Cancer Res Treat. – 2013. – Vol. 137, № 1. – P. 261-271.

³ Кушлинский Н.Е., Портной С.М., Лактионов К.П. Рак молочной железы. – М.: ГЭОТАР, 2005. – 480 с. Андрианов О.В., Шахсуварян С.Б., Ковшарь Ю.А., Бобров А.С. Медико-социальная реабилитация инвалидов вследствие злокачественных новообразований молочной железы в пожилом и старческом возрасте // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 3. – С. 6-10; Андрианов О.В., Сидоров Д.Б., Забелин М.В. Инновационный подход к проблеме комплексной реабилитации больных с постмастэктомическим синдромом: проблемы и реальность, пути решения // Врач скорой помощи. – 2013. – № 4. – С. 57-64.

дополняется комплексом осложнений, описываемым как постмастэктомический синдром, который резко ухудшает качество жизни женщин ⁴.

Специфика РМЖ состоит в особой психологической травматичности для организма женщины, в связи с чем в программе индивидуальной реабилитации необходимым компонентом становятся методики преодоления стресса, психосоциальной дезадаптации и невротизации женщин после операции ⁵. Рост числа инвалидов вследствие РМЖ в абсолютном отношении является основанием для разработки вопросов медико-социальной реабилитации таких больных, с учетом регионального и социологического аспектов.

Классический комплекс реабилитационных мероприятий для женщин-инвалидов вследствие РМЖ, должен включать в себя, прежде всего, классические методы физической реабилитации (лечебная физкультура, массаж, физиотерапия, диетотерапия и т.п.), современные методы клинической реабилитации: экзопротезирование, психотерапевтические сеансы, иммунотерапию, санаторно-курортное лечение, а также меры профессиональной и социальной реабилитации ⁶.

Однако ни один из известных комплексов не способен обеспечить достаточного эффекта без подключения индивидуального подхода и ориента-

⁴ Оленева И.В. Качество жизни и медико-социальная реабилитация инвалидов после радикального лечения рака молочной железы : Автореф. дис. ... кандидата мед. наук. – М., 2008. – 21 с; Cousson-Gélie F., Bruchon-Schweitzer M., Dilhuydy J.M., Jutand M.A. Do anxiety, body image, social support and coping strategies predict survival in breast cancer? A ten-year follow-up study // *Psychosomatics*. – 2007. – Vol. 48, № 3. – P. 211-216; Chopra I., Kamal K.M. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors // *Health Qual. Life Outcomes*. – 2012. – Vol. 10. – R. 14.

⁵ Гаевская О.Э., Смирнова Л.М Особенности использования тепловидения при оценке нарушений микроциркуляции в области верхних конечностей после мастэктомии // *Вестник гильдии протезистов-ортопедов*. – 2008. - № 3 (33). - С 48-52; Призова Н.С. Статистическое обоснование необходимости проведения медико-социальной реабилитации у женщин-инвалидов вследствие злокачественных новообразований молочной железы // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2012. – № 11-12. – С. 46-48.

⁶ Сухотерин И.В., Павлова Н.В. «Социально-психологический портрет» больных раком молочной железы и проблема их психологической реабилитации // *Опухоли женской репродуктивной системы*. – 2011. – № 1. – С. 32-37; Рак легких и молочной железы: эпидемиологические, диагностические, реабилитационные аспекты (обзор) / К.Р. Амлаев, А.А. Койчугев, З.Д. Махов, С.М. Койчуева // *Научная мысль Кавказа*. – 2012. – № 4. – С. 103-110; Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Стражев С.В. Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы // *Опухоли женской репродуктивной системы*. – 2012. – № 1. – С. 8-13; 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 Feb 5;16(2):e28. doi: 10.2196/jmir.2831; Beck S.J., Keyton J. Facilitating social support: member-leader communication in a breast cancer support group. // *Cancer Nurs*. – 2014. – Vol. 37, № 1. – e36-43.

ции на поддержание качества жизни отдельно взятого пациента. Это является основанием для проведения собственных исследований по данной проблематике. Получение необходимой информации для выбора и использования конкретных технологий социальной реабилитации представляется эффективным провести в категориальном формате социологии медицины, инструментарий которой наиболее адекватен для решения данной проблемы.

Цель исследования. Провести комплексное медико-социологическое исследование предикторов ресоциализации женщин, больных раком молочной железы, и разработать практические рекомендации по оптимизации их медико-социальной адаптации.

Данная цель достигается решением следующих **научных задач**:

1. Эксплицировать комплементарность социологических, клинических и медико-биологических факторов первичной заболеваемости и инвалидизации женщин вследствие рака молочной железы в современной России.

2. Составить социальный портрет женщин - инвалидов, больных раком молочной железы на основании исследований их медико-социального статуса.

3. На материале конкретного региона систематизировать роль социальных факторов в первичной заболеваемости и впервые установленной инвалидности у женщин, страдающих раком молочной железы.

4. Предложить схемы оценки качества жизни, релевантного здоровью, как составной части мониторинга социальной реабилитации группы женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы на региональном уровне.

5. Разработать региональную модель социальной реабилитации, учитывающую технологию индивидуальной психологической поддержки в комплексе медико-социальной реабилитации женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы.

Объект исследования - женщины-инвалиды с диагнозом рак молочной железы в постоперационном периоде как социальная группа.

Предмет исследования - ресоциализация женщин с диагнозом рак молочной железы в постоперационном периоде.

Гипотеза исследования. Рак молочной железы является достаточно распространенным заболеванием в современном обществе. Прогрессирующий характер течения, значительный рост заболеваемости в последнее десятилетие, большое количество послеоперационных и иных осложнений, тяжесть инвалидности и низкий процент реабилитации обуславливают необходимость не только повышения качества диагностики и лечения при данном заболевании, но и совершенствования мероприятий медико-социальной реабилитации изучаемой социальной группы инвалидов. Научные исследования в рассматриваемом проблемном поле носят дискретный характер, затрагивая медицинские, социологические и психологические аспекты. Учитывая междисциплинарный характер рассматриваемого проблемного поля, изучение указанных аспектов реабилитации онкологических больных наиболее целесообразно в категориальном поле социологии медицины. В связи с тем, что основной целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида и его социальная адаптация, в настоящее время необходимы комплексные медико-социологические исследования направленные на разработку практических рекомендаций по повышению качества жизни данной группы пациентов. Наиболее успешно они могут применяться с учетом региональной специфики, поэтому должны содержать как инвариант реабилитационной модели, так и территориально значимые отличия в области практического применения.

Научная новизна исследования состоит в разработке рекомендаций по оптимизации медико-социальной адаптации женщин, перенесших операцию удаления молочной железы по поводу онкологического заболевания, в которых комплементарно сочетаются клинические, психологические и социальные методы.

Впервые в категориальном поле социологии медицины проведен анализ динамики инвалидности женщин в послеоперационном периоде с диагнозом рак молочной железы среди населения конкретного региона (Волгоградская область) за 5 лет. На основании исследования их медико-социального статуса

разработан социальный портрет женщин - инвалидов вследствие злокачественных новообразований молочной железы.

Проведен компаративный анализ качества жизни больных с впервые установленной группой инвалидности по причине рак молочной железы. Предложена модификация классификации реабилитационного потенциала конкретной группы инвалидов по критериям биологических и психологических характеристик индивида, а также социально-средовых и профессиональных факторов, предложены личностно-ориентированные методы оптимизации медико-социальной реабилитации больных раком молочной железы.

В типовую программу комплексной реабилитации инвалидов вследствие злокачественных новообразований молочной железы предложено внести ряд изменений, позволяющих персонализировать процесс реабилитации.

Научная новизна исследования раскрывается в **положениях, выносимых на защиту:**

1. Результаты анализа инвалидности вследствие РМЖ в Волгоградской области за 5 лет свидетельствуют об устойчивом возрастании первичной инвалидности в регионе (в среднем на 5,5% в год) и опережении темпов инвалидизации в г. Волгограде (в среднем на 6,6% ежегодно).

2. Медико – социальный портрет женщины-инвалида вследствие рака молочной железы включает следующие характеристики:

Это женщина в возрасте около 50 лет ($51,4 \pm 0,7$), имеющая высшее профессиональное или среднее специальное образование (72,5%), до получения статуса инвалида работала на производстве (54,5%). Не замужем (55,5%). При выявлении заболевания был поставлен диагноз «Рак молочной железы II стадии» (49,6%), после радикального оперативного лечения по поводу РМЖ была установлена II группа инвалидности по причине «Общее заболевание» (64,3%). В течение жизни делала аборт (83,3%), но имеет детей (77,7%), которых до 3-6 месяцев кормила грудью (83,3%). В семье после операции испытывает сочувствие в свой адрес (66,6%), а так же со стороны коллег (55,5%). Отмечает положительное отношение к себе со стороны врачей медико-социальной экспертизы (94,4%), а так же лечащих врачей (72,2%). Считает необходимыми группы психологической поддержки для женщин перенесших оперативное лечение по поводу РМЖ (100%), и имеет желание в них участвовать (61,1%), однако не участвует в таких группах (72,2%) и в Интернет-форумах, обсуждающих проблемы женщин с диагнозом рак молочной железы (50%). Трудностей в повседневной городской жизни не испытывает (88,8%), при этом использует индивидуальную программу реабилитации инвалида (83,3%).

Таким образом, имеется комплекс социальных предикторов, достаточных для разработки программ социальной реабилитации, снижения инвалидности и решения вопросов о комплексной медико-социальной реабилитации этой группы инвалидов.

3. Результаты изучения социальных потребностей женщин-инвалидов вследствие РМЖ в Волгоградской области свидетельствуют об индивидуальных особенностях и их нуждаемости в медицинской (89%), психологической (до 95%), профессиональной или социальной реабилитации, а также недостаточно высокой собственной активности в групповых (27,7%) и виртуальных (22,2%) реабилитационных мероприятиях.

4. Исследование показало, что в социальной группе женщин-инвалидов по поводу рака молочной железы в постоперационном периоде высока доля (61,1%) тех, кто в силу совокупности клинических, психологических и социальных факторов не может самостоятельно адаптироваться к новым для себя условиям жизни и нуждается в комплексе специально организованных мероприятий индивидуальной психологической реабилитации для повышения качества жизни.

5. Оптимальным основанием для разработки способов индивидуализации в комплексной программе реабилитации женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы является концепция качества жизни, релевантного здоровью, поскольку она включает медицинские (в частности, протезирование молочной железы), профессиональные, психологические и социальные аспекты реабилитации.

Методологическая база исследования.

Работа выполнена в категориальном поле социологии медицины на основе идей Академика РАН А.В. Решетникова ⁷, разработавшего основные направления данной дисциплины в России. В работе использованы общенауч-

⁷ Решетников А. В. Методология исследований в социологии медицины. М., 2000; Решетников А.В. Социология медицины. Руководство. – М. ГЭОТАР-МЕД. – 2010.

ные методы исследования (системный подход, принципы исторического, компаративного и структурно-функционального анализа), конкретные методы медицинской статистики и социологии медицины (анкетирование, контент - анализ, включенное наблюдение). Основой послужили труды классиков социологии, исследования современных зарубежных и отечественных авторов по проблемам социально-экономического анализа общественного здоровья.

В контексте прикладных наук клинических медико-антропологических исследований выполнен статистический анализ рассматриваемых в диссертационном исследовании детерминант здоровья женщин.

Использованы труды М.Я. Мудрова, Г.А. Захарьина, П.Б. Ганнушкина, работы Е.Р. Смирновой-Ярской, И.Л.Кром, предполагающие тщательное изучение и правильное понимание роли личности при возникновении того или иного заболевания; труды Р.А. Лурия, сформировавшего концепцию о внутренней картине болезни.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Необходимость анализа и экспликации социальных процессов инвалидизации и последующей ресоциализации вследствие рака молочной железы, их сущности и специфики определяет теоретическую значимость исследования.

Материалы исследования проблемы ресоциализации инвалидов с новообразованиями молочной железы, которым автор занимается с 2003 года, целесообразно учитывать при организации деятельности специалистов медико-социальной экспертизы, врачей, социальных психологов, социологов. Концепция предикторов ресоциализации позволит разработать комплексный подход к изучению влияния социальных институтов и систем на состояние общественного здоровья.

Данные проведенного диссертационного исследования могут быть использованы для внедрения в процесс организации медицинской помощи населению, совершенствования образовательных программ в области социальной медицины, социологии медицины, социальной работы в медицинских учебных заведениях. Основные положения диссертации полезны в разработке со-

циальной политики в сфере общественного здоровья, осуществлении организации деятельности учреждений медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации.

Апробация исследования. Основные положения, выводы и рекомендации, изложенные в диссертационном исследовании, докладывались на научных форумах различных уровней (Санкт-Петербург, 2004; Волгоград, 2010, 2013, Ижевск, 2011 и др.). Диссертантом подготовлены и применяются в учебном процессе ФУВ ВолгГМУ методические пособия «Социально-гигиеническая характеристика и клинико-функциональные особенности социальной группы женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы в Волгоградской области» (Волгоград, 2013) и «Современная концепция качества жизни больных, признанных инвалидами после операции по поводу рака молочной железы» (Волгоград, 2014). Программа социологического исследования закреплена актом внедрения. Работа прошла экспертизу Регионального исследовательского этического комитета Волгоградской области.

По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, в том числе 3 в журналах, рекомендованных ВАК РФ для публикации материалов диссертационных исследований.

Структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы (222 источника) и приложения. Диссертация иллюстрирована 8 рисунками и 13 таблицами, общий объем работы - 150 страниц.

Глава 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Инвалидность (неэффективность социализации) формируется при недостаточности у больных соматических, психологических и социальных ресурсов. Способствуя инвалидизации больных, страдающих РМЖ, соматические предикторы не являются облигатными. Роль последних, по-видимому, играют личностные и социальные характеристики больного и ресурсы, представляемые социумом для эффективной реабилитации лиц, страдающих соматической патологией. Практически все авторы, занимающиеся исследованием рисков инвалидизации населения, отмечают сложность и многофакторность этой проблемы.

Анализ развития проблемы инвалидности, как социального явления свидетельствует о том, что, пройдя путь от идеи изоляции "неполноценных" членов общества до концепций привлечения их к труду, человечество подошло к пониманию необходимости интеграции лиц с физическими дефектами, физиологическими, психическими нарушениями во все общественные институты. В связи с этим возникает необходимость отвергнуть классический подход к проблеме инвалидности как к проблеме "неполноценных людей" и представить ее как проблему, затрагивающую общество в совокупности.

1.1. Рак молочной железы как актуальная медицинская проблема

Инвалидность является информационным показателем состояния здоровья населения, аккумулирующим влияние на него генетических, социальных, экологических, производственных факторов, уровень медицинского обслуживания, отражающим в итоге качество системы жизнеобеспечения⁸.

⁸ Кузнецова О.В. Социальная защита инвалидов. – М.: Эксмо, 2010. – 334 с; Мавликаева Ю.А., Подлужная М.Я., Бронников В.А. Медико-социальные аспекты инвалидности взрослого населения. – Пермь: ПГМА, 2011. – 166 с; Quédraogo S., Dabakuyo-Yonli T.S., Roussot A., et al. European transnational ecological

Ежегодно нарастающее число людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации неизбежно создает проблемы трудоустройства и занятости инвалидов. Таким образом, проблема занятости и трудоустройства инвалидов в современном обществе (как в России, так и за рубежом) является крайне актуальной ввиду того, что часто под абсолютно разными предложениями отказывают в трудоустройстве, ограничивают в правах, делают недоступными некоторые виды работ из-за неприспособленности инвалидов. Все это создает дополнительную напряженность в обществе, делает "ненужными" огромное количество людей ⁹.

Общепринятые модели инвалидности представляют две парадигмы инвалидности: медицинскую (традиционную) и социальную (посттрадиционную), хотя в последнее время указывается на существование «новейшей» парадигмы инвалидности ¹⁰. К предикторам инвалидности, кроме факторов, определяющих развитие заболевания, следует отнести психосоциальные характеристики, увеличивающие долю лиц, страдающих хроническими заболеваниями или имеющих физический дефект. Инвалидизация онкологических больных рассматривается, как невозможность эффективно реагировать на изменение социальной среды, как отклонение от стандартов возрастной социализации. В результате возникает смена социальной идентичности, стремление занять предписанный статус социально незащищённых ¹¹.

deprivation index and participation in population-based breast cancer screening programmes in France // *Prev. Med.* – 2013. - pii: S0091-7435(13)00461-1.

⁹ Дюкина Т.О. Системный подход в прогнозировании показателей, характеризующих здоровье, заболеваемость, инвалидность и охрану здоровья населения // *Известия Санкт-Петербургского государственного аграрного университета*. – 2011. – № 25. – С. 196-199; Сташков С.Ю. Практические шаги решения проблем трудоустройства людей с инвалидностью в России // *Вестник Университета (Государственный университет управления)*. – 2013. – № 3. – С. 148-151; Умаров Т.А. Вопросы реализации прав людей с инвалидностью // *Современные гуманитарные исследования*. – 2013. – № 5. – С. 127-128.

¹⁰ Бударин Г.Ю., Петров А.В., Седова Н.Н. Медицинские нормы и юридические законы. – М.: Юрист, 2012. – 324 с; Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Медико-социологическое обоснование реабилитации онкологических больных // *Современные проблемы науки и образования*. – 2013. – № 2. – С. 447; Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007 // *J. Exp. Clin. Cancer Res.* – 2008. – Vol. 27, № 1. – P. 32-39.

¹¹ Дарган А.А. Отражение детерминированности социального самочувствия и социальной мобильности людей с инвалидностью в моделях инвалидности // *Вестник Северо-Кавказского федерального университета*. – 2011. – № 2. С. 158-161; Мелихов В.В., Уколова О.Н. Интерпретация понятия «здоровье» применительно к людям с инвалидностью // *Альманах современной науки и образования*. –

Инвалидность вследствие онкологических заболеваний обусловлена многочисленными социальными, медицинскими, демографическими, экономическими, организационными и другими факторами, находящимися в сложной взаимозависимости. По мнению многих отечественных авторов, среди основных факторов риска, способствующих инвалидизации больных, страдающих онкологическими заболеваниями, приоритетная роль (более 70%) принадлежит хроническим заболеваниям в анамнезе, отягощенной наследственности, недостаточной физической активности, отсутствию здорового питания, наличие аборт в анамнезе, раннее прерывание кормления грудью. На долю других факторов приходится менее 30%. Это касается курения, употребления алкоголя и, частично, вредных производственных условий¹².

РМЖ стоит на первом месте по частоте встречаемости (19,3%), в структуре причин инвалидности и смертности среди всех злокачественных опухолей у женщин (16,3%). По данным медицинской статистики, в России ежегодно около 50 тыс. включаются в канцер-регистр с диагнозом «РМЖ»¹³.

Показатель заболеваемости РМЖ неуклонно возрастает последние 10-15 лет, и составляет в РФ на настоящее время свыше 500 на 100 тыс. женщин, минимально – на Северном Кавказе (около 75), максимально – около 900 в Санкт-Петербурге. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечены в крупных промышленных центрах, что связано с техногенным загрязнением

2013. – № 5 (72). – С. 130-133; Chopra I., Kamal K.M. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors // Health Qual. Life Outcomes. – 2012. – Vol. 10. – R. 14.

¹² Чойнзонов Е.Л., Балацкая Л.Н. Качество жизни онкологических больных. – Томск: Печатная мануфактура, 2011. – 152 с.; Призова Н.С. Статистическое обоснование необходимости проведения медико-социальной реабилитации у женщин-инвалидов вследствие злокачественных новообразований молочной железы // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2012. – № 11-12. – С. 46-48; Meneses K, Azuero A, Su X, et al. Predictors of attrition among rural breast cancer survivors // Res. Nurs. Health. – 2014. – Vol. 37, № 1. – P. 21-31.

¹³ Аксель Е.М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20, № 3 (прил. 1). – С. 8-93. Кушлинский Н.Е., Портной С.М., Лактионов К.П. Рак молочной железы. – М.: ГЭОТАР, 2005. – 480 с.

окружающей среды и неизбежными нарушениями нормального образа жизни в крупном мегаполисе ¹⁴.

Максимальное число заболеваний выявляется в возрасте 55-69 лет, однако до трети случаев заболеваний приходится на возраст женщин моложе 55 лет ¹⁵.

Смертность женщин от РМЖ стоит на третьем месте после болезней системы кровообращения, несчастных случаев, отравлений и травм. В 2005 г. по этой причине умерло 22,8 тыс. женщин, прирост за 15 лет составил более 40%, до трети умерших – женщины трудоспособного возраста ¹⁶.

Анализ возрастных коэффициентов смертности от рака молочной железы в пятилетних возрастных группах в России показал, что благоприятные тенденции смертности отмечаются только в возрасте от 40 до 49 лет ¹⁷. За десятилетие с 1997 по 2007 год уровень смертности женщин в возрасте 45-49 лет стал ниже на 14%, относительная стабилизация достигнута в возрастной группе от 50 до 54 лет. Основная причина этого – широкое внедрение профилактических мероприятий, прежде всего – обязательного маммографического обследования женщин после 40 лет. Динамика смертности в старших возрастных группах продолжает оставаться неблагоприятной ¹⁸.

Анализируя влияние глобальных факторов окружающей среды на заболеваемость РМЖ и рядом других опухолей у женщин в 35 странах мира за

¹⁴ Трифонова Н.Ю., Призова Н.С. Статистическое обоснование необходимости проведения медико-социальной реабилитации у женщин-инвалидов вследствие злокачественных новообразований молочной железы // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2012. – № 11-12. – С. 46-48.; Берштейн Л.М. Эндокринология рака молочной железы как гетерогенного заболевания: десятилетие после миллениума // Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 59. № 3. – С. 292-298

¹⁵ Склярченко Р.Т.. Медико-социальная экспертиза при новообразованиях: Руководство для врачей. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2009. – С. 33.

¹⁶ Аксель Е.М. Злокачественные новообразования молочной железы: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность // Маммология. – 2006. – № 1. – С. 9-13.

¹⁷ Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – № 3. – С. 11-13; Аксель Е.М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20, № 3 (прил. 1). – С. 8-93.

¹⁸ Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2010. – 196 с

более чем 20-летний период, М.Ф. Борисенков и В.Н. Анисимов¹⁹ пришли к выводу, что частота РМЖ увеличивается к северным широтам, но значение этого фактора стремительно падает. С 2000-х годов все более серьезным фактором риска возникновения РМЖ у женщин становится уровень экономического развития страны, в которой они проживают. Л.М Берштейн²⁰ указывает на то, что выраженная гетерогенность РМЖ и выделение множества подтипов этого заболевания в результате различий клинико-морфологических, молекулярно-генетических, эпидемиологических и других подходов, не позволяют говорить о том, что данная проблема на настоящий момент подверглась окончательному разрешению.

Критическим фактором, определяющим успех лечения рака молочной железы, является степень распространенности опухолевого процесса в период постановки диагноза. Однако, несмотря на то, что в России в течение практически 20-летнего периода ведутся многочисленные исследования по поиску и разработке рациональных скрининговых программ по выявлению рака молочной железы на ранних стадиях, доля лиц с III-IV стадиями заболевания среди первичных больных раком молочной железы в 2005 г. составила 40%; 11,5% из числа взятых на учет в предыдущем году умерло в течение одного года с момента установления диагноза. Вероятность заболеть раком молочной железы в России на протяжении предстоящей жизни для новорожденной девочки составляет 3,5%, умереть от него 1,8%²¹.

Основная роль в развитии РМЖ нарушениям гормонального баланса в организме женщины. В результате повышения уровня эстрогенов, в молочной железе возникает дисгормональная гиперплазия с пролиферацией эпителия протоков. По статистике, РМЖ в 4-5 раз чаще встречается на фоне доброкаче-

¹⁹ Борисенков М.Ф., Анисимов В.Н. Риск развития рака у женщин: возможная связь с географической широтой и некоторыми экономическими и социальными факторами // Вопросы онкологии. – 2011. – Т. 57, № 3. – С. 343-354.

²⁰ Берштейн Л.М. Эндокринология рака молочной железы как гетерогенного заболевания: десятилетие после миллениума // Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 59. № 3. – С. 292-298

²¹ Воронцов Т.Н., Тюков Ю.А., Воронцова И.З. Заболеваемость, инвалидность и смертность населения при социально значимых заболеваниях // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. – 2012. – № 2. – С. 141-148.

ственных изменений. К перенасыщению организма эстрогенами могут привести патология репродуктивной сферы, а также болезни печени, сопровождающиеся снижением инактивации эстрогенов, сахарный диабет, ожирение²².

Факторами риска развития РМЖ являются: семейная отягощенность, раннее менархе, позднее наступление менопаузы, многочисленные аборты, поздние первые роды (после 30 лет), а также отсутствие родов в анамнезе, фиброкистоз и участки атипической гиперплазии в молочной железе, мутация генов BRCA-1, BRCA-2,3. В настоящее время интенсивно разрабатываются подходы к индивидуализации оценке рисков и прогнозу при РМЖ, что невозможно без развития специализированной онкогенетической службы²³.

Клинико-экспертная оценка больных РМЖ базируется на общих принципах индивидуального клинико-трудоого прогнозирования.

Локальные факторы прогноза. Локализация опухоли в различных квадрантах молочной железы оказывает влияние на прогноз за счет связи с интенсивностью и направлением метастазирования. Прогностически благоприятной является опухоль в наружных квадрантах, главным образом в связи с возможностью более ранней диагностики регионарного метастазирования и большим радикализмом лечения. Наибольшей частотой метастазирования отличаются опухоли, локализующиеся в центре молочной железы.

Существенным прогностическим фактором является размер первичного очага. Выделяют три градации опухоли – до 2 см в наибольшем измерении, более 2 см, но не более 5 см и более 5 см. Пятилетняя выживаемость, в зависимости от размеров опухоли, (при отсутствии метастазов в

²² Берштейн Л.М. Эндокринология рака молочной железы как гетерогенного заболевания: десятилетие после миллениума // Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 59. № 3. – С. 292-298; Давыдов М.И., Летягин В.П. Стандарты лечения больных первичным раком молочной железы. М., РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН – 2013. - С. 18-22

²³ Генетические аспекты метакронного рака молочной железы / Н.В. Лепкова, В.Н. Богатырев, К.П. Лактионов и др // Рос. онкол. журнал. - 2008. - N2. - С.4-8; Генетические и клинико-патологические особенности рака молочной железы у больных с сохраненной менструальной функцией и в менопаузе / В.М. Перельмутер, М.В. Завьялова, С.В. Вторушин и др. // Успехи геронтологии. - 2008. - Т.21, N4. - С.643-653; Герштейн Е.С., Овчинникова Л.К., Терешкина И.В. и др. Лабораторные и клинические перспективы исследования молекулярных маркеров опухолей // Вопр. биол., мед. и фармацевт. химии. – 2010. – № 4. – С. 3-10; Deng C.X. BRCA1: cell cycle check-point, genetic instability, DNA damage response and cancer evolution // Nucleic Acids Res. - 2006. - Vol. 34, № 5. – P. 1416-1426.

лимфоузлах) колеблется 93% при опухолях до 2 см до 50-75% при опухолях больших размеров. При опухолях более 5 см частота рецидивов в зоне операции в 5-6 раз больше, чем при небольших опухолях ²⁴.

Тип роста опухоли определяет клиническую форму и степень ее злокачественности. Различают узловые и диффузные формы. Узловые формы подразделяют на ограниченно растущие (как правило, медуллярная, коллоидная или слизистая аденокарцинома) и местно-инфильтрирующие, имеющие обычно скirrosное строение. Опухоли инфильтративного типа чаще встречаются у молодых женщин и реже в глубокой менопаузе. Прогноз при них хуже. Особенно неблагоприятным течением и высокой резистентностью к лечебным мероприятиям отличаются воспалительные формы рака мастито- и рожисто-подобные раки, «панцирный» рак. Прогноз при этих формах плохой, средняя продолжительность жизни колеблется от 4 до 16 месяцев ²⁵.

Гистологическое строение. По данным литературы, в 70-80% случаев РМЖ описывается как инвазивный протоковый рак; 10-17% составляет рак долькового строения; 10-15% - редкие формы (коллоидный, аденокистозный, плоскоклеточный, рак Педжета) ²⁶.

По материалам г. Москвы (763 случая за 5 лет), показано, что в 75,5% обнаруживается инфильтративно-протоковый РМЖ, в пять раз реже (13,6%) выявляется инфильтративно-дольковый рак. На медико-социальный прогноз инвалидов вследствие РМЖ оказывает существенное влияние гистологиче-

²⁴ Рак молочной железы - системный анализ проблемы, диагностика, лечение, реабилитация : монография / А.Л. Санников (и др.) ; под ред. А.В. Красильникова, А.М. Вязьмина. – Архангельск: Северный гос. мед. ун-т., 2006. – 168 с; Давыдов М.И., Летягин В.П. Стандарты лечения больных первичным раком молочной железы. М., РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН – 2013. - С. 18-22

²⁵ Семиглазов, В.Ф. Современные стандарты лечения рака молочной железы (по материалам 10-й международной конференции по раку молочной железы в Сан-Галлене, 2007) // Мед. альманах. – 2008. - № 3. – С. 57-63; Ruddy K.J., Greaney M.L., Sprunck-Harrild K., et al. Young women with breast cancer: a focus group study of unmet needs // J. Adolesc. Young Adult Oncol. – 2013. – Vol. 2, № 4. – P. 153-160; Рак молочной железы у больных молодого возраста /Л.М. Захарцева, Н.Г. Горovenko, С.В. Подольская и др. // Патология. – 2007. – Т. 4, № 2. – С. 21-23

²⁶ Барсуков, В.Ю., Плохов В.Н., Чеснокова Н.П. Рак молочной железы: современные принципы диагностики и комплексной терапии. – Саратов: СГМУ, 2007. – 309 с; Hickey M., Peate M., Saunders C.M., Friedlander M. Breast cancer in young women and its impact on reproductive function // Hum. Reprod. Update. – 2009. – Vol. 15, № 3. – P. 323–339.

ский тип и анатомическая форма роста опухоли, степень ее клеточной дифференцировки, степень распространенности и наличие метастазов. Состояние регионарных лимфатических узлов является наиболее значимым фактором. Лимфогенный путь метастазирования может быть ортроградным и ретроградным. Наличие метастазов в лимфоузлы ухудшает прогноз. Риск рецидива при метастазах в подмышечные лимфоузлы в 2,8 раза выше, чем при их отсутствии, а 5-летнее безрецидивное течение при исходном поражении лимфоузлов не превышает 16%. У 70-75% больных, леченных при метастазах в лимфоузлы, наступает диссеминация процесса, а поражение надключичной группы должно рассматриваться как отдаленное метастазирование²⁷.

За последние годы онкологами предложен еще ряд прогностических факторов для оценки метастатического потенциала рака молочной железы — пролиферативная активность опухоли, рецепторный статус, и HER-21 пей статус, наличие внутрипротокового компонента (E1C), мультифокальность.

Отдаленные метастазы рака возникают в костях, легких, плевре, печени, головном мозге, яичниках. Метастазы в кости чаще всего являются гематогенными, множественными и при генерализации процесса наблюдаются у 27-51% больных. Наиболее часто поражаются пояснично-крестцовый отдел позвоночника, кости таза, верхние отделы бедренной кости, ребра, ключица, кости черепа. Ведущими симптомами являются резкая боль при функциональной нагрузке на пораженные отделы, мышечная слабость, затруднения при перемене положения тела, патологические переломы²⁸. Метастазы в легком после мастэктомии встречаются до 30% случаев, а по данным патолого-анатомических исследований у 45% (легкие) и 71,2% (плевра) умерших²⁹.

²⁷ Современные методы лучевой визуализации в дифференциальной диагностике и оценке распространенности рака молочной железы / М.К. Михайлов, М.Н. Насруллаев, Р.Т. Мингазов, Л.С. Фассахова // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – № 3. – С. 27-29.

²⁸ Стражев С.В. Необходимость специфической реабилитации больных раком молочной железы, получающих антиэстрогенную терапию // Вестник восстановительной медицины. – 2010. – № 4. – С. 69-74
Cheng Y.Ch., Ueno N.T. Improvement of survival and prospect of cure in patients with metastatic breast cancer // Breast Cancer. – 2012. – Vol. 19, № 3. - R10.

²⁹ Кушлинский Н.Е., Портной С.М., Лактионов К.П. Рак молочной железы. – М.: ГЭОТАР, 2005. – 480 с.

Основной метод диагностики костных и легочных метастазов – рентгенологический. С учетом высокой частоты метастазов при направлении на МСЭ эти исследования обязательны. Метастазирование рака в печень может быть лимфогенным и гематогенным. Частота метастазов до 62,5-67%. Наличие метастазов в печень определяется по данным УЗИ. Рецидивы и метастазы в первое пятилетие после радикального лечения возникают у 38-64% женщин. Появление их свидетельствует об активизации процесса и плохом прогнозе. Средняя продолжительность жизни больных с генерализацией рака молочной железы в зависимости от характера лечения составляет 12-23 месяцев³⁰.

Классификация TNM – см. приложение 1.

При лечении рака молочной железы в зависимости от формы и стадии процесса применяют хирургический метод, лучевое, терапевтическое и гормональное лечение в различных сочетаниях. Ведущим в комплексной терапии, особенно в начальных стадиях, остается оперативное лечение³¹.

В последние годы характер операций при РМЖ претерпел серьезные изменения. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что органосохраняющее лечение ранних стадий РМЖ при соблюдении соответствующих правил отбора не уступает по эффективности и онкологической надежности мастэктомии. Преимуществом органосохраняющих операций является их малая травматичность, хороший функциональный результат и меньшие социальные последствия (инвалидизация, семейные и производственные отношения и т. д.). Основным вариантом органосохраняющих

³⁰ Рак молочной железы - системный анализ проблемы, диагностика, лечение, реабилитация : монография / А.Л. Санников (и др.) ; под ред. А.В. Красильникова, А.М. Вязьмина. – Архангельск: Северный гос. мед. ун-т., 2006. – 168 с; Давыдов М.И., Летягин В.П. Стандарты лечения больных первичным раком молочной железы. М., РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН – 2013. - С. 18-22

³¹ Рак молочной железы - системный анализ проблемы, диагностика, лечение, реабилитация : монография / А.Л. Санников (и др.) ; под ред. А.В. Красильникова, А.М. Вязьмина. – Архангельск: Северный гос. мед. ун-т., 2006. – 168 с; Hwang J.H., Chang H.J., Shim Y.H., et al. Effects of supervised exercise therapy in patients receiving radiotherapy for breast cancer // *Yonsei Med J.* – 2008. – Vol. 49, №3. – P. 443–450; Springer B.A., Levy E., McGarvey Ch., et al. Pre-operative assessment enables early diagnosis and recovery of shoulder function in patients with breast cancer // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2010. – Vol. 120, № 1. – P. 135–147; Winters-Stone K.M., Dobek J., Nail L., et al. Strength training stops bone loss and builds muscle in postmenopausal breast cancer survivors: a randomized, controlled trial // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2011. – Vol. 127, № 2. – P. 447–456.

операций является радикальная резекция молочной железы, выполняемая при локализованных формах рака³².

Достижением последних лет в хирургии стала разработка методики изучения «сторожевых» (сигнальных) лимфатических узлов и постепенный отказ от подмышечной лимфаденэктомии при отсутствии метастазов в них. Применение послеоперационной лучевой терапии снижает риск местного рецидива после органосохраняющего лечения ранних стадий рака молочной железы. Показатель 5-летней общей выживаемости составляет 89,6% после органосохраняющей операции и 92,1% при сочетании операции с лучевой терапией³³.

Осложнения и последствия, возникающие при хирургическом, комбинированном и комплексном лечении, складываются из осложнений и последствий, вызываемых каждым компонентом лечения: хирургическим, лучевым, химио- и гормонотерапией. К наиболее часто встречающимся ранним послеоперационным осложнениям у больных вследствие рака молочной железы относятся: лимфорей: (86% случаев), образование сером, инфицирование, краевой; некроз, расхождение краев раны³⁴. Поздний постмастэктомический отек (96% случаев) у больных раком молочной железы возникает из-за нарушения венозного оттока в подмышечной или подключичной вене, что связано с лучевой терапией, развитием рубцов, сдавливающих сосудисто-нервный пучок, флеботромбозом³⁵.

³² Драчева Л.В. Реабилитация после мастэктомии // Медицинская сестра. – 2011. – № 2. – С. 6-10; Блохин С.Н., Суздальцев И.В., Надеин К.В. Хирургическая реабилитация больных после радикального лечения рака молочной железы // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 88-89; Carlson R.W., Allred D.C., Anderson B.O., et al. Breast cancer. Clinical practice guidelines in oncology. // J. Natl. Compr. Canc. Netw. – 2009. – Vol. 7, № 2. – P. 122-192

³³ Оленева И.В. Профилактика поздних осложнений и укрепление здоровья у больных после хирургического лечения рака молочной железы // Мед. алфавит. – 2013. – Т. 1-2, № 10. – С. 50-53

³⁴ Devoogdt N., Christiaens M.-R., Geraerts I., et al. Effect of manual lymph drainage in addition to guidelines and exercise therapy on arm lymphoedema related to breast cancer: randomised controlled trial // BMJ. – 2011. – Vol. 343. – d5326; Brown J.C., Troxel A.B., Schmitz K.H. Safety of weightlifting among women with or at risk for breast cancer-related lymphedema: musculoskeletal injuries and health care use in a weightlifting rehabilitation trial // Oncologist. – 2012. – Vol. 17, № 8. – P. 1120–1128.

³⁵ Грушина Т.И. Реабилитация пациенток после радикального лечения первичного рака молочной железы с помощью методов физической терапии // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2011. – № 2. – С. 11-17; Оленева И.В. Профилактика поздних осложнений и укрепление здоровья у больных после

К ранним осложнениям, встречающимся примерно у 1/3 больных, относятся лимфорея, инфицирование послеоперационной раны, краевой некроз кожных лоскутов. Поздними послеоперационными осложнениями у больных, получавших лечение по поводу РМЖ, являются отек, контрактура, парез, паралич верхней конечности, парестезия, боли в области грудной стенки. Следует подчеркнуть, что у большинства из них осложнения бывают легкой степени, вследствие этого они не оказывают существенного влияния на физическую активность пациентов³⁶.

Важным моментом в прогнозировании и, следовательно, профилактике осложнений, является оценка и учет клинико-патогенетической принадлежности РМЖ. Так, наиболее высокая частота ранних послеоперационных осложнений наблюдается у больных надпочечниковой (43,5 %) формой рака молочной железы, как правило, страдающих ожирением, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, варикозным расширением вен. У больных овариальной (20,7 %) и тиреоидной (12 %) формами частота послеоперационных осложнений значительно меньше. Кроме того, важными факторами, оказывающими влияние на частоту осложнений непосредственно после операции, являются пожилой возраст больных и проведение дробнофракционной лучевой терапии, увеличивающие их частоту более чем в 2 раза³⁷.

Отек верхней конечности наблюдается у 13-58% оперированных, по данным ряда авторов, до 80%. Причинами лимфостаза являются пересечение путей лимфооттока, лимфорея с последующим воспалением, лучевой фиб-

хирургического лечения рака молочной железы // Мед. алфавит. – 2013. – Т. 1-2, № 10. – С. 50-53; Цветкова Л.К. Реабилитация больных раком молочной железы в хирургическом отделении опухолей молочных желез. Роль медсестры // Медицинская сестра. – 2013. – № 2. – С. 9-12.

³⁶ Гаевская О.Э., Смирнова Л.М. Особенности использования тепловидения при оценке нарушений микроциркуляции в области верхних конечностей после мастэктомии // Вестник гильдии протезистов-ортопедов. – 2008. - № 3 (33). - С 48-52.

³⁷ Оленева И.В. Профилактика поздних осложнений и укрепление здоровья у больных после хирургического лечения рака молочной железы // Мед. алфавит. – 2013. – Т. 1-2, № 10. – С. 50-53.

роз, метастатическая блокада лимфатических коллекторов, в отдаленном периоде – повторяющиеся рожистые воспаления³⁸.

Лимфостаз верхней конечности после хирургического лечения возникает в 20-46% случаев, в сочетании с лучевой терапией частота его возникновения увеличивается в 2-3 раза. Постмастэктомический отек вызывает потерю работоспособности до 40% больных. В зависимости от распространенности отека выделяют: I степень — отек только плеча, II степень — отек плеча и предплечья и III степень — отек всей конечности, включая кисть. Существует классификация и по разнице в окружности плеча на стороне поражения: до 3 см — I степень, от 3 до 6 см — II степень и более 6 см — III степень. Как правило, та и другая классификации совпадают³⁹.

На базе Федерального бюро медико-социальной экспертизы г. Москвы проведено комплексное исследование эффективности систематического восстановительного лечения в амбулаторно-стационарных условиях (473 женщины активного трудоспособного возраста после радикальной мастэктомии по поводу РМЖ) в сравнении с отсутствием целенаправленной реабилитации (317 пациенток, не считавших это необязательным компонентом лечения, и отмечавших нехватку времени для реабилитации). Сравнительный анализ показал, что результаты лечения и реабилитации в основной группе по всем симптомам оказались достоверно лучше, чем результаты в контрольной группе. Выявлен более существенный регресс жалоб и объективной симптоматики, различия становились максимально выраженными через 12-24 месяца после начала реабилитации⁴⁰.

Овариэктомия и рентгенокастрация в последующие годы после лечения вызывают формирование посткастрационного синдрома, проявляющегося вегетативно-сосудистыми расстройствами и нервно-психическими нару-

³⁸ Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Авданина Н.Е. Реабилитация больных раком молочной железы (лечение лимфатического отека). Методические рекомендации. – Кемерово, 2011. – 13 с.

³⁹ Стаханов М.Л., Вельпер Л.З., Савин А.А. Постмастэктомический синдром. Патогенез. Классификация // Российский онкол. журнал. – 2006. – № 1. – С. 24-32.

⁴⁰ Оленева И.В. Профилактика поздних осложнений и укрепление здоровья у больных после хирургического лечения рака молочной железы // Мед. алфавит. – 2013. – Т. 1-2, № 10. – С. 50-53.

шениями различной выраженности. Сравнительно быстро после кастрации наступают значительные изменения обмена веществ, особенно жирового, больные быстро прибавляют в весе ⁴¹.

На МСЭ направляются: радикально леченные больные после завершения лечения и реабилитации при необходимости трудоустройства; больные, получающие адъювантную химио- и гормонотерапию; больные после радикального лечения с неясным прогнозом (большая опухоль, центральные и медиально-расположенные опухоли, инфильтрирующий рост); инкурабельные больные; больные с рецидивом и появлением отдаленных метастазов, а также больные- для повторного освидетельствования, досрочного освидетельствования ⁴².

Ограничение способности к трудовой деятельности. I степень возникает у радикально леченных больных после стандартной мастэктомии, занятых до болезни в профессиях физического труда, а также связанного с нагрузкой на соответствующий плечевой сустав; после любой операции при наличии постмастэктомического синдрома или лимфостаза II степени у больных, выполнявших работу с нагрузкой на кисть, требующей мелких и точных движений; при наличии в профессии абсолютных противопоказаний, связанных с онкологическим заболеванием.

II степень. Необходимость специально созданных условий для трудовой деятельности может возникнуть у больных, получающих длительную химиотерапию, при удовлетворительной переносимости курсов; при лимфостазе II степени справа и выраженной контрактуре правого плечевого сустава у правшей в ряде профессий и т. д.

⁴¹ Скляренко Р.Т. Братусь Г.А., Кучин Ю.Н. Отдаленные результаты лечения рака молочной железы с применением функционально-щадящей мастэктомии // Вестн. С.-Пб. гос. мед. академии им. И. И. Мечникова. - 2007. - № 1. - С. 131.

⁴² Братусь Г.А. Инвалидность и профессиональная реабилитация женщин после радикального лечения рака молочной железы // Вестник новых медицинских технологий. - 2008. - Т. 15, № 3. - С. 51-52; Шашкова О.В., Захарова Н.А. Инвалидность. Порядок признания, льготы, компенсации, социальная защита. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2013. - 93 с.

III степень ограничения отмечается при выявленных отдаленных метастазах и у инкурабельных больных из-за противопоказаний к трудовой деятельности⁴³.

Ограничение способности к передвижению больных раком молочной железы обусловлено появлением метастазов в позвоночнике, костях таза и нижних конечностей и нарушением статико-динамической функции.

Ограничение способности к самообслуживанию I степени возникает при выраженном постмастэктомическом синдроме или лимфостазе III степени правой руки; при выраженном нарушении функции конечности после стандартной мастэктомии; при осложнениях химиотерапии; II степени — у больных с метастазами инволютивного рака при эффективной гормональной терапии в случаях, не требующих постороннего ухода; при IV степени лимфостаза правой руки; III степени — при генерализации опухолевого процесса после лечения, с метастазами в позвоночник и кости таза, тяжелом общем состоянии инкурабельных больных⁴⁴.

Критерии групп инвалидности в России устанавливаются в соответствии с действующими стандартами и нормативной документацией⁴⁵.

Умеренное ограничение жизнедеятельности возникает: у радикально леченных больных раком I и II стадий в связи с утраченной способностью трудиться в профессиях физического труда, выполнять работу, требующую нагрузки на плечевой сустав в полном объеме; при последствиях лечения в виде лимфостаза II степени, постмастэктомического синдрома, выраженной и резко выраженной контрактуры плечевого сустава, рецидивирующих рож-

⁴³ Клиническая и экспертная характеристика впервые освидетельствованных больных раком молочной железы / Н.А. Кабилдина, Т.М. Шериева, К.С. Кабилдин, А.Ф. Шакирова // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 5-1. – С. 32-35.

⁴⁴ Скляренок Р.Т.. Медико-социальная экспертиза при новообразованиях: Руководство для врачей. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2009. – С. 33.

⁴⁵ Мавликаева Ю.А., Подлужная М.Я., Бронников В.А. Медико-социальные аспекты инвалидности взрослого населения. – Пермь: ПГМА им. Е.А. Вагнера, 2011. – 166 с.; Прогнозирование выхода на инвалидность ..., 2012; Давыдов М.И., Летягин В.П. Стандарты лечения больных первичным раком молочной железы. М., РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН – 2013. - С. 18-22; Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Институционализация медико-социальной работы в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10-6. – С. 1386-1389; Шашкова О.В., Захарова Н.А. Инвалидность. Порядок признания, льготы, компенсации, социальная защита. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2013. – 93 с

стных воспалениях из-за необходимости значительного уменьшения объема выполняемой работы или переквалификации. Больным устанавливается III группа инвалидности.

Выраженное ограничение жизнедеятельности с неспособностью к трудовой деятельности в обычных производственных условиях (II группа инвалидности) определяется: при сомнительном прогнозе у радикально леченных больных с распространенным опухолевым процессом или низкой дифференцировке опухоли; радикально леченым больным раком II и III стадий при проведении курсов химиотерапии и плохой переносимости лечения; при «воспалительных» формах РМЖ, если нет необходимости в постоянном постороннем уходе; при эффективной гормональной терапии метастазов инволютивного РМЖ и отсутствии осложнений, требующих постоянного ухода; а также в связи с появлением рецидива или отдаленных метастазов и предстоящим противоопухолевым лечением.

К резко выраженному ограничению жизнедеятельности с необходимостью постоянного постороннего обслуживания (I группа инвалидности) приводят: генерализация опухолевого процесса на фоне комплексного лечения; тяжелое общее состояние инкурабельных больных после паллиативного лечения⁴⁶.

1.2. Социальные факторы, влияющие на качество жизни инвалидов вследствие рака молочной железы.

Анализ социологических исследований, связанных с вопросами онкологической заболеваемости населения, выдвигает в качестве основной

⁴⁶ Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Медико-социологическое обоснование реабилитации онкологических больных // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2. – С. 447.

проблему совмещения действующих медицинских стандартов и комплексных социальных реабилитационных программ⁴⁷.

На настоящий момент некая интегральная модель, в которой бы учитывалась сложная иерархическая система показателей качества жизни и социального здоровья населения в связи с проблемой онкологической заболеваемости⁴⁸.

По современным представлениям, разработка критериев социального здоровья предполагает интегративные исследования в области наук о человеке, создающих "универсальные категории культуры и форм мышления: человек, культура, социум, свобода, гуманизм, конфликт, время, социальные действия, жизнь, смерть, экология, экзистенция, ситуация, субъект, образ жизни, картина мира, душа"⁴⁹.

Социальные риски инвалидизации населения, возникающие под воздействием политических, социально-экономических, социокультурных процессов в современном российском обществе, имеют достаточно сложную структуру и взаимосвязаны между собой. На сегодняшний момент наиболее значимыми факторами риска являются⁵⁰:

⁴⁷ Седова Н.Н. Правовые основы биоэтики. – М.: Триумф, 2004. – 224 с; Решетников А.В. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А.В. Решетников, Л.М. Астафьев // Социология медицины. – 2005. - №1; Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных // Международный мед. журнал. – 2010. - № 4. – С. 11-13; Жигунова Г.В. Становление системы социальной помощи лицам с инвалидностью в России: исторический аспект // В мире научных открытий. – 2011. – Т. 16, № 4. – С. 83-90; Воронцов Т.Н., Тюков Ю.А., Воронцова И.З. Заболеваемость, инвалидность и смертность населения при социально значимых заболеваниях // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. – 2012. – № 2. – С. 141-148.

⁴⁸ Дюкина Т.О. Системный подход в прогнозировании показателей, характеризующих здоровье, заболеваемость, инвалидность и охрану здоровья населения // Известия Санкт-Петербургского государственного аграрного университета. – 2011. – № 25. – С. 196-199; Федорова Т.Н., Налобина А.Н., Лазарева Н.Н. Комплексная реабилитация больных и инвалидов. – Омск: Сибирский гос. ун-т физ. Культуры и спорта, 2012. – 170 с.

⁴⁹ Пространство и время социальных изменений / В. Н. Ярская, Л. С. Яковлев, В. В. Печёнкин, О.Н. Ежов. - М. : Саратов: Научная книга, 2004. – 212 с.

⁵⁰ Дюкина Т.О. Системный подход в прогнозировании показателей, характеризующих здоровье, заболеваемость, инвалидность и охрану здоровья населения // Известия Санкт-Петербургского государственного аграрного университета. – 2011. – № 25. – С. 196-199.; Воронцов Т.Н., Тюков Ю.А., Воронцова И.З. Заболеваемость, инвалидность и смертность населения при социально значимых заболеваниях // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. – 2012. – № 2. – С. 141-148; Прогнозирование выхода на инвалидность как составляющая медико-социальных исследований / Н.Ю.

- чрезвычайно высокий, значительно превышающий международные стандарты, уровень социального расслоения общества, дифференциация по величине дохода между социальными группами, внутри социальных групп, по профессиям, между регионами, по тендерному признаку;

- бедность значительного количества населения и понимание бедности как образа жизни, пришедшее на смену пониманию бедности как нехватки денег;

- демографическая проблема: при сохранении существующей тенденции население страны к середине века достигнет рубежа 100 млн. человек, при его значительном постарении;

- проблема криминализации общества и масштабности различных видов насилия;

- низкий экономический потенциал страны;

- экологические угрозы, связанные с плохо контролируемой охраной от загрязнения окружающей среды и некачественных продуктов питания.

Отечественная классификация определяет шесть групп факторов, способствующих инвалидизации населения⁵¹.

- демографические и социальные особенности административных территорий;

- экономические особенности;

- заболеваемость населения и организация здравоохранения на территории региона;

- характер и условия труда на отдельных предприятиях, в целом по отрасли, региону;

- социально-бытовые условия проживания населения;

- состояние медико-экспертного обслуживания населения.

Трифонова, Э.Я. Немсцверидзе, Н.И. Русаков, В.В. Фесенко // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4. – С. 64.

⁵¹ Мавликаева Ю.А., Подлужная М.Я., Бронников В.А. Медико-социальные аспекты инвалидности взрослого населения. – Пермь: ПГМА им. Е.А. Вагнера, 2011. – 166 с.

Представленные классификации определяют факторы риска инвалидности в связи с практической идентификацией понятия инвалидности как разновидности состояния при болезни. Исторически понятие «инвалидность» в России связывалось с понятием «нетрудоспособность». Однако, к предикторам инвалидности, кроме факторов, определяющих возникновение и прогрессирование заболевания, следует отнести психосоциальные характеристики, формирующие инвалидизацию лиц, страдающих хроническими заболеваниями или имеющих физический дефект⁵².

Реабилитация – сочетание медицинских, общественных и государственных мероприятий, проводимых с целью максимально возможной компенсации (или восстановления) нарушенных или утраченных функций организма и социальной адаптации больных, пострадавших и инвалидов. По заключению Комитета экспертов ВОЗ по медицинской реабилитации, это понятие определяется как «комбинированное и координированное использование медицинских и социальных мер, обучения и профессиональной подготовки или переподготовки, имеющее целью обеспечить больному наиболее высокий возможный для него уровень функциональной активности». Реабилитация в медицине понимается, как комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов⁵³

Ключевым вопросом в разрешении этого архаизма является принципиально новый подход к объемам и формам реабилитации.

Реабилитация включает в себя все меры, направленные на уменьшение воздействия факторов инвалидизации и условий, приводящих к физическим и другим дефектам, а также на обеспечение возможности для инвалидов до-

⁵² Козлова В.Н. Субъективные и объективные факторы отношения к труду людей с инвалидностью // Социология в современном мире: наука, образование, творчество. – 2010. – № 2. – С. 214-216.

⁵³ Петров В.И. Этические приоритеты нового закона РФ «Об охране здоровья граждан» // Биоэтика. – 2011. – Т. 2, № 8. – С. 3-4; Мавликаева Ю.А., Подлужная М.Я., Бронников В.А. Медико-социальные аспекты инвалидности взрослого населения. – Пермь: ПГМА им. Е.А. Вагнера, 2011. – 166 с.; Бударин Г.Ю., Петров А.В., Седова Н.Н. Медицинские нормы и юридические законы. – М.: Юрист, 2012. – 324 с.

стичь социальной интеграции и ресоциализации. Из этого определения вытекает положение о трех уровнях профилактики инвалидности: на первом осуществляется комплекс мер, позволяющих снизить частоту нарушений функции; на втором – комплекс мер, способствующих ограничению степени или обратному развитию инвалидности; на третьем – комплекс мер, предупреждающих переход инвалидности в физические и другие дефекты⁵⁴.

Осуществление системы поэтапной реабилитации базируется на строгом соблюдении определенных принципов: максимально раннее начало и комплексное проведение всех видов восстановительной терапии с привлечением специалистов разного профиля (вплоть до юристов, социологов и т.д.); непрерывность реабилитационных мероприятий; преемственность между отдельными этапами реабилитации; индивидуализированный характер всех реабилитационных мероприятий; осуществление реабилитации в коллективе больных. Организационно-методической основой восстановительного процесса служит специальная реабилитационная программа, состоящая из трех последовательных этапов: клинического, санаторного и адаптационного.

Успехи в диагностике и лечении РМЖ привели к увеличению числа лиц, продолжающих трудовую деятельность, но имеющих сниженный уровень трудоспособности. По данным большинства отечественных и зарубежных исследователей, пятилетней выживаемости удается добиться более чем у 1/3 радикально леченых больных, что подтверждает актуальность их рационального трудоустройства⁵⁵.

В настоящее время уделяется явно недостаточное внимание рациональному трудоустройству больных и инвалидов, перенесших радикальное лече-

⁵⁴ Амлаев, К.Р. Рак легких и молочной железы: эпидемиологические, диагностические, реабилитационные аспекты (обзор) / К.Р. Амлаев, А.А. Койчуев, З.Д. Махов, С.М. Койчуева // Научная мысль Кавказа. – 2012. – № 4. – С. 103-110

⁵⁵ Организация онкологической службы в России (методические рекомендации, пособия для врачей) Часть 2 / Под редакцией В.И.Чиссова, В.В.Старинского, М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2007. – 543 с; Призова Н.С. Статистическое обоснование необходимости проведения медико-социальной реабилитации у женщин-инвалидов вследствие злокачественных новообразований молочной железы // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2012. – № 11-12. – С. 46-48.

ние по поводу РМЖ, нет научно обоснованного подхода к определению состояния их трудоспособности, экспертная оценка во многих случаях осуществляется с учетом факторов прогноза, трудовой направленности больного и его личностно-социальных особенностей. В качестве научной основы для рекомендаций по трудовому устройству чаще используются физиологические показатели, характеризующие функциональное состояние, а также принцип эквивалентных затрат, т.е. соответствие допустимых нагрузок тем, которые требуются для выполнения задач. Однако данный подход остается недостаточным, поскольку для рационального трудоустройства инвалидов большое значение имеет комплекс социально-психологических факторов, характеризующих данную социальную группу, а также учет характера и условий труда

⁵⁶.

Анализ результатов трудовой реабилитации, проведенный Г.А. Братусь и Р.Т. Скляренко ⁵⁷ у 478 женщин трудоспособного возраста после радикального лечения РМЖ I - IIIa стадий, выявил наиболее значимые признаки наиболее значимые признаки, которые в сочетании дают наилучший прогноз возвращения к трудовой деятельности. К работе активнее возвращаются 64,5% одиноких женщин ввиду угрозы материального неблагополучия, легче происходит возвращение к труду у женщин с высшим образованием (68,0%) и при наличии длительного трудового стажа до заболевания (63,5%). Явным фактором ограничения реабилитации становится невозможность вернуться к профессиям, связанным с тяжелым ручным трудом. Для больных с отсутствием в семье материальных проблем мотивом возвращения к труду является потребность в возобновлении привычного образа жизни и интеграции их в

⁵⁶ Гаевская О.Э., Смирнова Л.М Особенности использования тепловидения при оценке нарушений микроциркуляции в области верхних конечностей после мастэктомии // Вестник гильдии протезистов-ортопедов. – 2008. - № 3 (33). - С 48-52.

⁵⁷ Братусь Г.А., Скляренко Р.Т. Роль социальных факторов в возвращении к труду женщин после радикального лечения рака молочной железы // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. 15, № 3 – С. 63-64.

привычную социальную среду. Фактор возраста в успехе трудовой реабилитации не был показан, как решающий.

Особо остро встал вопрос о том, как реализовать в России положения Конституции, провозглашающие наше государство социальным. Соблюдение предоставляемых гражданам гарантии признается одной из основных задач нашей страны. Одним из основных прав каждого жителя нашего государства является право на труд. Его имеют все граждане Российской Федерации. В том числе и люди с инвалидностью. К сожалению, цифры официальной статистики свидетельствуют о том, что количество инвалидов неуклонно растет. В Постановлении Правительства Российской Федерации от 19.12 2005 №832 «О федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2006-2010 годы» указывается, что количество инвалидов возросло за 10 лет с 1995 год по 2004 год почти вдвое: с 6,3 млн. до 11,4 млн. человек. Ежегодно признаются инвалидами около 3,5 млн. человек, в том числе более 1 млн. – впервые. Далее в том же постановлении Правительства указывается, что основную долю в общем числе инвалидов составляют инвалиды II группы – 64%. Вместе с инвалидами I группы этот показатель составляет около 80%. Увеличивается число инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов. Число последних возросло с 453,7 тыс. человек в 1995 году до 613 тыс. человек в 2004 году. Свыше 120 тыс. человек стали инвалидами вследствие боевых действий и военной травмы. Улучшение условий жизни инвалидов как одной из самых социально уязвимых категорий населения входит в число приоритетных задач, определенных в посланиях Президента РФ Федеральному Собранию РФ от 26 мая 2004 г. и 25 апреля 2005 г.⁵⁸.

Во многом это обусловлено высоким уровнем заболеваемости и травматизма населения, недостаточным качеством медицинской помощи и услуг, оказываемых лечебно-профилактическими учреждениями и учреждениями медико-социальной экспертизы, неблагоприятной экологической обстанов-

⁵⁸ Постановление Правительства РФ, 2005 №832.

кой, высоким уровнем преступности, а также рядом других причин. В целях предупреждения развития РМЖ у женщин трудоспособного возраста необходимо осуществлять массовые профилактические осмотры женщин; шире использовать активные методы санитарно-просветительской работы среди женщин, повышая их информированность по вопросам влияния факторов риска на возможность возникновения РМЖ ⁵⁹.

В настоящее время для обоснования закономерностей эпидемиологии РМЖ все чаще используется понятие «популяционных» факторов риска. Рассмотрены вопросы дескриптивной эпидемиологии рака молочной железы, которые представляют собой уникальные сочетания социально-демографических и природных факторов для конкретной женской популяции в регионе ⁶⁰.

Определение потребности инвалидов вследствие РМЖ является важнейшей задачей медико-социальной реабилитации, так как нуждаемость впервые признанных инвалидами в медицинском аспекте составляет 100%, в социальном – 92%, в психотерапевтическом – до 95% ⁶¹.

Инвалидность является информационным показателем состояния здоровья населения, аккумулирующим влияние на него генетических, социальных, экологических, производственных факторов, уровень медицинского обслуживания, отражающим в итоге качество системы жизнеобеспечения ⁶².

⁵⁹ Козлова В.Н. Субъективные и объективные факторы отношения к труду людей с инвалидностью // Социология в современном мире: наука, образование, творчество. – 2010. – № 2. – С. 214-216; Чеснокова Н.П., Барсуков В.Ю., Плохов В.Н. Факторы риска развития рака молочной железы // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 1. – С. 30-36; Трифонова Н.Ю., Призова Н.С. Социально-гигиенические особенности заболеваемости женщин, больных раком молочной железы // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 5. – № 6. – С. 9..

⁶⁰ Косых Н.Э., Савин С.З. Факторы риска возникновения рака молочной железы (популяционный аспект). – Хабаровск: ДальГМУ, 2009. – 154 с.

⁶¹ Оленева И.В. Профилактика поздних осложнений и укрепление здоровья у больных после хирургического лечения рака молочной железы // Мед. алфавит. – 2013. – Т. 1-2, № 10. – С. 50-53; Barsotti S.D., Ford N.J., Dos Santos M.A., Vieira E.M. Breast cancer and sexuality: the impacts of breast cancer treatment on the sex lives of women in Brazil. // Cult Health Sex. – 2014. – Jan 9. (Epub ahead of print).

⁶² Жигунова Г.В. Социальная идентификация лиц с инвалидностью // В мире научных открытий. – 2011. – № 5.1. – С. 484-490; Сташков С.Ю. Практические шаги решения проблем трудоустройства людей с инвалидностью в России // Вестник Университета (Государственный университет управления). – 2013. – № 3. – С. 148-151.

Медицинская модель инвалидности или "административная модель", возникновение которой связано с системами здравоохранения и социального обеспечения ⁶³, рассматривает инвалидов как объект социальной политики, нуждающихся в социальной защите, связанной с созданием специализированных медицинских центров, интернатов, коррекционных учебных заведений, исключающих участие инвалидов в активной социальной деятельности. Предоставляются социальные льготы, пособия, закрепляющие низкий социальный статус инвалидов ⁶⁴.

Экономическая модель и модель функциональной ограниченности рассматриваются как продолжение медицинской модели.

Особого внимания заслуживает реабилитационная модель. Целью проводимой медико-социальной реабилитации инвалидов является устранение или компенсация существующих в связи с заболеванием или дефектом функциональных расстройств. Комплексная программа реабилитации инвалидов вследствие РМЖ включает в себя меры медицинской реабилитации (хирургическое лечение в сочетании с химиотерапией, лучевую терапию, гормонотерапию, иммунотерапию, протезирование, массаж, лечебную гимнастику, терапию постмастэктомического синдрома), санаторно-курортное лечение и также меры психологической реабилитации (психокоррекцию, психотерапию индивидуальную и групповую, аутотренинг) ⁶⁵.

Согласно Е. Тарасенко ⁶⁶, рассмотренные модели - религиозная, медицинская, экономическая и функциональной ограниченности строятся на какой-либо недостаточности. Религиозная модель - на неспособности инвалида к социальной адаптации, медицинская – на нездоровье, экономическая – на

⁶³ Пространство и время социальных изменений / В. Н. Ярская, Л. С. Яковлев, В. В. Печёнкин, О.Н. Ежов. - М. : Саратов: Научная книга, 2004. – 212 с.

⁶⁴ Козлова В.Н. Субъективные и объективные факторы отношения к труду людей с инвалидностью // Социология в современном мире: наука, образование, творчество. – 2010. – № 2. – С. 214-216.)

⁶⁵ Шестопалова И.М. Ткаченко Г.А. Современные аспекты реабилитации больных раком молочной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2007. – № 3. – С. 47-49

⁶⁶ Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России // Журнал исследований социальной политики. – 2004. -Т. 2. - № 1. – С. 12.

ограничении трудовой деятельности, модель функциональной ограниченности - на ограничениях жизнедеятельности.

Традиционные подходы к инвалидам в контексте медицинских моделей объединены следующими чертами: патернализм; предпочтение голоса эксперта голосам людей с инвалидностью; медикализация инвалидности с акцентом на исцеление, заботу или реабилитацию; стирание инициативы инвалидов и их возможности действовать ⁶⁷.

Посттрадиционная парадигма инвалидности, включающая британские и американские модели, построена на возможности динамического взаимодействия инвалида и общества. Материалистическая модель определяет инвалидность как форму социального угнетения. Так как главной целью капиталистического производства является получение прибыли, то оно не заинтересовано в менее продуктивном труде лиц со стойким нарушением здоровья, определяя их как инвалидов. Общество, социальные институты формируют инвалидность у людей, имеющих соматические проблемы. Экономические и социальные структуры общества определяют институциональную дискриминацию инвалидов.

Британская модель независимой жизни. В основе - теория нормализации и социальной валоризации. Данная теория заключается в нормализации условий и повышении социального статуса и качества жизни инвалидов - это право человека быть полноценным членом общества, принимать активное участие в социальных, политических и экономических процессах, это свобода выбора и свобода доступа к образованию, средствам коммуникации, медицине, труду, к жилым и общественным зданиям, транспорту и т.д. Концепция независимой жизни - это возможность для инвалида самому определять и выбирать, принимать решение.

⁶⁷ Доминелли Л.Г. Гендерно нейтрально? Женский опыт инвалидности // Журнал исследований социальной политики. – 2004. – Т.2, № 1. – С. 38-39.

Американские модели инвалидности. Методология психосоциальной модели использует социологию символического интеракционизма: человек должен быть, "фактической социальной идентичностью" и тем, что он на самом деле из себя представляет, "реальной социальной идентичностью". Любой человек, имеющий между двумя идентичностями разрыв, "стигматирован". С помощью понятия "стигма" представляются театрализованные взаимодействия между нормальными и клейменными, к которым можно отнести и инвалидов. Таким образом, граница между здоровыми и инвалидами социально конструируется. Изменив социальное окружение, перейдя в другую социальную группу, можно снять ярлык, или сменить его на другой, который в меньшей степени будет ограничивать возможности индивида ⁶⁸.

Модель человеческого разнообразия построена с использованием социологии постмодернизма и феминистской социологии. Инвалидность является одной из многих индивидуальных особенностей стиля жизни, разнообразия человеческой телесности без оценочного компонента и построения иерархии нормы и уродства ⁶⁹. Исследователи ссылаются на труды индийского философа П.Р. Саркара, утверждающего, что телесные различия являются абсолютно естественными и нуждаются в нашем тотальном принятии вне иерархической констатации различий, без того, чтобы приклеивать людям с иными характеристиками тела и мышлением ярлык патологии.

Данная точка зрения нашла подтверждение в государственных юридических документах. В Законе США об инвалидах и Билле о правовых действиях 1993 года сказано: «Инвалидность является естественной частью человеческого опыта...». Новейшая парадигма инвалидности моделируется как следствие наличия у индивида заболевания или дефекта, разделяя

⁶⁸ Козлова В.Н. Субъективные и объективные факторы отношения к труду людей с инвалидностью // Социология в современном мире: наука, образование, творчество. – 2010. – № 2. – С. 214-216. Мелихов В.В., Уколова О.Н. Интерпретация понятия «здоровье» применительно к людям с инвалидностью // Альманах современной науки и образования. – 2013. – № 5 (72).

⁶⁹ Cousson-Gélie F., Bruchon-Schweitzer M., Dilhuydy J.M., Jutand M.A. Do anxiety, body image, social support and coping strategies predict survival in breast cancer? A ten-year follow-up study // Psychosomatics. – 2007. – Vol. 48, № 3. – P. 211-216.

общество на здоровых и людей с «ограниченными возможностями». Создание системы социальных служб, решающих проблемы ограниченной жизнедеятельности инвалида, позволяет ему быть равноправным членом общества, активно участвовать в собственной и социальной жизни. Нормальные условия инвалидов предполагают возможность образования, трудоустройства, досуга, доступность различных социальных благ⁷⁰.

Техническая модель инвалидности отличие инвалидов связывает с необходимостью более активного использования новейших технологий.

Инвалидность утверждается в качестве базового по отношению к другим качествам индивида.

Модель инвалидности как незанятости. В том случае, если общество ликвидирует ограничительные барьеры, в связи с которыми существуют ограниченные возможности, часть инвалидов - нетрудоспособные и безработные - будут идентифицироваться наряду с другими безработными категориями населения, получая пособие по безработице. Дифференциация населения возникает на основании отсутствия трудовой занятости.

В исследовании Н.В. Павловой И.В. Сухотерина⁷¹ были проанализированы данные социологического опроса 400 женщин Белгородской области, получающих комплексное лечение по поводу РМЖ, и составлен «социально-психологический портрет» таких пациенток. По мнению авторов, основную их часть - замужние женщины в возрасте до 60 лет, активно участвующие в трудовой и социальной жизни общества. Больные, как правило, имеют среднее специальное или высшее образование, свыше половины из них продолжают работать, имея группу инвалидности по данному или сопутствующему заболеванию. Уровень доходов – средний или ниже среднего, компенсированный

⁷⁰ Лыхина Т.А. Инвалидность с точки зрения современного международного права // Бизнес и закон. Международный экономико-юридический журнал. – 2010. – № 2. – С. 148-152; Кузнецова О.В. Социальная защита инвалидов. – М.: Эксмо, 2010. – 334 с. Умаров Т.А. Вопросы реализации прав людей с инвалидностью // Современные гуманитарные исследования. – 2013. – № 5. – С. 127-128

⁷¹ Павлова Н.В., Сухотерин И.В. Социально-психологический портрет больных раком молочной железы и проблема их психологической реабилитации // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – № 1. – С. 32-37

проживанием с семьей. До 60% женщин считают свои отношения с родными и близкими гармоничными, хотя нередко родственники раздражают их (при этом 90% считают себя бесконфликтными). До 60% женщин поддерживают принципы здорового образа жизни и считают, что их заболевание - отнюдь не приговор, остальные гораздо меньше дорожат своей жизнью и здоровьем. Подавляющее большинство больных полностью выполняют рекомендации врачей, и лишь 10% игнорируют часть или все лечение, прибегают к методам нетрадиционной медицины. Эта группа является проблемной, поскольку их неверие порождает нарушение режимов лечения, приводит к запущенности и прогрессу РМЖ, низким показателям выживаемости. Эти женщины нуждаются в психологическом консультировании и поддержке, что является основанием для пересмотра традиционных подходов к организации психологической помощи в рамках комплексной реабилитации больных РМЖ.

В другом исследовании свыше 18 тысяч женщин-инвалидов вследствие РМЖ в г. Москве за период 2001-2005 гг. было показано, что свыше 75% из них имели среднее специальное или высшее образование, до наступления инвалидности преобладали работающие лица (также около 75%), после инвалидизации - инвалиды II группы (52,7%)⁷².

Большое значение для женщин-инвалидов имеет семейное окружение и подключаемое к нему в последнее время компьютерно-опосредованная социальная поддержка⁷³. Как правило, деятельность таких программ строится на принципах функционирования зарегистрированного интернет сообщества в виде социальной группы поддержки (BCSG), включающей в себя пациентов,

⁷² Складенко Р.Т.. Медико-социальная экспертиза при новообразованиях: Руководство для врачей. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2009. – С. 33..

⁷³ Namkoong K., McLaughlin B., Yoo W., et al. The effects of expression: how providing emotional support online improves cancer patients' coping strategies // J. Natl. Cancer Inst. Monogr. – 2013. – Vol. 47. – P. 169-174; Warren E., Footman K., Tinelli M., et al. Do cancer-specific websites meet patient's information needs? // Patient Educ. Couns. – 2013. - pii: S0738-3991(13)00527-2. doi: 10.1016/j.pec.2013.12.013. (Epub ahead of print); Forsythe LP, Alfano CM, Kent EE, et al. Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors // Psychooncology. – 2014. – Jan 30. – doi: 10.1002/pon.3480. (Epub ahead of print).

модераторов с образованием психолога или социального работника и тренеров-психологов, прошедших специальную подготовку по психоонкологии ⁷⁴.

При использовании специальной социальной сети "Living with Breast Cancer" удалось смягчить возвращение оперированных в семью и окружающую социальную среду. При анализе катамнеза 111 участниц программы, было показано, что социальные сети могут способствовать решающей роли семейной среды как в прогнозировании РМЖ у пациента, так и для усиления стратегии поддержки таких женщин после операции ⁷⁵.

В работе A. Batenburg & E. Das ⁷⁶ обобщены результаты деятельности 184 женщин, оперированных по поводу РМЖ, действующих в рамках виртуальных он-лайн социальных групп Голландии. Несмотря на то, что пациенты имели различные стратегии борьбы с раком, различия в психоэмоциональной сфере и социальном статусе, результаты показали, что существует связь между активностью женщины в специализированной социальной сети, интенсивность взаимодействий в группе поддержки, с показателями психологического благополучия.

Cancer Survivors Network (CSN) в составе Американского онкологического общества включает более 160 тысяч членов является крупнейшим рецензируемым интернет-сообществом для поддержки онкологических больных. Анализ активности и настроения пользователей по тест-контенту по РМЖ за 2005-2010 год, проведенный в этой сети, показал, что темы лечения рака, побочных эффектов мастэктомии и последующего протезирования, маммографии имеют максимальный накал дискуссий. Указано, что менеджеры могут

⁷⁴ Ruland C.M., Jeneson A., Andersen T., et al. Designing tailored Internet support to assist cancer patients in illness management // AMIA Annu. Symp. Proc. – 2007. – P. 635–639; Beck S.J., Keyton J. Facilitating social support: member-leader communication in a breast cancer support group. // Cancer Nurs. – 2014. – Vol. 37, № 1. – e36-43.

⁷⁵ Yoo W., Shah D.V., Shaw B.R., et al. The Role of the Family Environment and Computer-Mediated Social Support on Breast Cancer Patients' Coping Strategies // J. Health Commun. – 2014. - Feb 10. (Epub ahead of print).

⁷⁶ 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 Feb 5;16(2):e28. doi: 10.2196/jmir.2831

эффективно использовать модерацию для облегчения взаимодействия членов в виртуальных группах и активизировать поддержку⁷⁷.

На сегодняшний день четырех основных платформ смартфонов iPhone, Android, Nokia и BlackBerry разработано и свободно поставляется почти 300 приложений, обеспечивающих потребности пациентов с РМЖ и членов их семей. Они содержат контент для повышения осведомленности о раке (32,2%), образовательной информации об опухолях (26,4%), сборе средств и благотворительных организациях (24,4%), профилактике и помощи в раннем выявлении РМЖ (11,5%), помощи в процессе лечения (3,7%), и лишь 1,0% - о социальной поддержке пациентов. При этом ни одна статья в Medline не содержала описаний приложений для смартфона, ориентированных для пациентов с РМЖ. Вероятно, рост таких приложений – задача ближайшего будущего, необходим «белый лист» таких бесплатных приложений⁷⁸.

Множество авторов получили статистически достоверные подтверждения неблагоприятного влияния депрессий на социализацию больных. Доля инвалидов I-II групп при депрессии значительно превышает соответствующий показатель для изученной выборки в целом. Дифференцированные данные позволяют убедиться в том, что при присоединении депрессии к заболеванию вероятность инвалидизации возрастает примерно вдвое⁷⁹.

⁷⁷ Mutrie N., Campbell A.M., Whyte F., et al. Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial // *BMJ*. – 2007. – Iss. 334(7592). – P. 517.; Klasnja P., Hartzler A., Powell C., Pratt W. Supporting cancer patients' unanchored health information management with mobile technology // *AMIA Annu. Symp. Proc.* – 2011. – P. 732–741; Portier K, Greer GE, Rokach L, et al. Understanding topics and sentiment in an online cancer survivor community // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* – 2013. – Vol. 47. – P. 195-198.

⁷⁸ Ligibel J.A., Meyerhardt J., Pierce J.P., et al. Impact of a telephone-based physical activity intervention upon exercise behaviors and fitness in cancer survivors enrolled in a cooperative group setting // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2012. – Vol. 132, № 1. – P. 205–213; Bender J.L., Yue R.Y., To M.J., et al. A lot of action, but not in the right direction: systematic review and content analysis of smartphone applications for the prevention, detection, and management of cancer // *J. Med. Internet Res.* – 2013. – Vol. 15, № 12. – e287.

⁷⁹ Архипова И.В. Групповая психотерапия в психосоциальной реабилитации женщин с диагнозом рака молочной железы // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2008. – № 2. – С. 109-111; Березанцев А.Ю., Стражев С.В., Монасыпова Л.И. Организационные и клинические аспекты психосоциальной реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы // *Проблемы управления здравоохранением*. – 2010. – № 52. – С. 44-52; Hegel M.T., Lyons K.D., Hull J.G, et al. Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone-delivered problem solving-occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy // *Psychooncology*. – 2011. – Vol. 20, № 10. – P. 1092–1101; Kraemer L.M., Stanton A.L., Meyerowitz B.E., et al. A longitudinal examination of couples'

Депрессивное расстройство уменьшает профессиональную активность человека, увеличивает вероятность заболеваний, нарушает социальное функционирование, ухудшает качество жизни. С точки зрения состояния психоэмоциональной сферы, депрессия включает в себя чувство печали, усталости, нерешительности и болезненности⁸⁰.

По данным акад. Р.Г. Оганова⁸¹, распространенность депрессии у инвалидов составляет: I группа – 64,7%; II группа – 61,5%; III группа – 54,5%; Лица, не имеющие группы инвалидности – 41,4%.

Причинами развития депрессии являются: изменение привычного образа жизни, снижение уровня социального функционирования качества жизни, инвалидизация, материальные проблемы, утрата ощущения защищенности, чувство беспомощности перед жизнью.

Лишь при депрессии легкой степени не нарушается социальное функционирование больного. При депрессии средней степени тяжести затруднено выполнение обычной деятельности и поддержание привычного уровня социального функционирования. При тяжелом течении депрессии отмечается выраженное ограничение или полное прекращение привычной деятельности, социального функционирования.

Социализация является процессом взаимодействия личности и социального пространства через усвоение субъектом определенных знаний, ценностей, установок, ролей, статусных характеристик, действий и функций, присущих социальным группам, социальным институтам, социуму и позволяющих ему (субъекту) активно функционировать в общественных отношениях. Личность существует в системе социальных связей и формируется на

coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer // *J. Fam. Psychol.* – 2011. – Vol. 25, № 6. – P. 963–972; Hartman Sh.I., Dunsiger Sh.I., Marcus B.H. A pilot study of a physical activity intervention targeted towards women at increased risk for breast cancer // *Psychooncology.* – 2013. – Vol. 22, № 2. – P. 381–387.

⁸⁰ Депрессия / Л.М. Барденштейн, Ю.В. Скорик, А.А. Ялымов, Г.Г. Шехян // *Психиатрия.* – 2005. – № 5. – С. 15; Беляков К.М. Особенности неврологических нарушений у больных с постмастэктомическим синдромом / К.М. Беляков, А.В. Алясова, М.Ю. Кирсанов // *Российский онкологический журнал.* – 2007. – № 1. – С. 13-15; Неврологические расстройства у женщин после мастэктомии / Р.К. Шихкеримов, А.А. Савин, И.Д. Стулин и др. // *Клиническая геронтология.* – 2008. – Т. 14, № 8. – С. 15-18.

⁸¹ Исследование КОМПАС, проведенное в России в 2005-2006 годах

микро и макроуровнях. Социальные связи личности определяют ее положение в социальном пространстве, степень включения в социальные группы и восприятия социальных норм или отклонений от них⁸².

Инвалидность (неэффективность социализации) формируется при недостаточности у больных соматических, психологических и социальных ресурсов. Способствуя инвалидизации больных, страдающих онкологическими заболеваниями, соматические предикторы не являются облигатными. Роль последних, по-видимому, играют личностные и социальные характеристики больного и ресурсы, представляемые социумом для эффективной социализации лиц, страдающих данной патологией.

Объективные критерии тяжести заболевания, а именно они учитываются в качестве основополагающих при установлении инвалидности, вовсе не всегда определяют характер изменений психоэмоционального состояния и личности больной женщины и эффективность социализации⁸³.

1.3. Экспликация внутренней картины болезни инвалидов со злокачественными заболеваниями молочной железы.

В настоящее время во всем мире наблюдается всплеск интереса к психологическим аспектам реабилитации онкологических больных. Злокачественные новообразования существенным образом изменяют качество жизни и уровень социальной адаптации пациентов, провоцируют прогресс имеющихся нарушений психического здоровья и вызывают новые⁸⁴.

⁸² Пространство и время социальных изменений / В. Н. Ярская, Л. С. Яковлев, В. В. Печёнкин, О.Н. Ежов. - М. : Саратов: Научная книга, 2004. – 212 с.

⁸³ Володин Б.Ю. Особенности личности больных раком молочной железы и тела матки // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2005. – № 4. – С. 12-16; Мищук Ю.Е., Потапов Ю.Н., Степанчук Ю.Б. Оценка взаимозависимости между личностными особенностями и уровнем социального функционирования у больных раком молочной железы // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2008. – Т. 40, № 2. – С. 62-64.

⁸⁴ Семке В.Я. Психиатрия и онкология. Грани соприкосновения // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2008. – №3. – С. 7–12; Смудевич А.Б., Андриющенко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «Синтез») // Психические расстройства

Патогенез психо-онкологической патологии сложен, и определяется сочетанным воздействием на нервно-психическую сферу больных астенизирующих и психотравмирующих влияний. Основу такой патологии составляют пограничные психические расстройства⁸⁵.

Многочисленные исследования подтверждают связь личностных особенностей с состоянием здоровья и социальным поведением субъекта. Для оценки зависимости здоровья от личностных характеристик предложено несколько подходов, различающихся соотношением и приматом психофизиологических или социологических методик⁸⁶.

Совершенствование методов лечения злокачественных новообразований и увеличение выживаемости пациентов привело к возрастанию ценности такого понятия в онкологии, как качество жизни, и активному использованию его оценки на этапах лечебно-реабилитационных мероприятий⁸⁷. Одно из важных мест в улучшении качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями занимают психосоциальные вмешательства⁸⁸.

в общ. медицине. 2009. – №1. – С. 4–11; Архипова И.В. Групповая психотерапия в психосоциальной реабилитации женщин с диагнозом рака молочной железы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 2. – С. 109-111; Hartman Sh.I., Dunsiger Sh.I., Marcus B.H. A pilot study of a physical activity intervention targeted towards women at increased risk for breast cancer // Psychooncology. – 2013. – Vol. 22, № 2. – P. 381–387.

⁸⁵ Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. Психогенный кофактор канцерогенеза. Возможности применения гипнотерапии. – СПб.: Алетейа, 2008. -160 с; Самушия М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы // Псих. растр. в общ. медицине. – 2007. – №3. – С. 11–16.

⁸⁶ Вассерман Л.И., Грифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией // Сибирский психиатр. журнал. – 2008. – Т. 27, № 1. – С. 67-71; Лига М.Б. Качество жизни: генезис идей // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Философия, социология, культурология, социальная работа. – 2011. – № 4. – С. 237-244; Ненарокомов А. Основы исследования качества жизни в онкологии // Врач. – 2013. – № 11. – С. 85-87; Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Институционализация медико-социальной работы в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10-6. – С. 1386-1389; Pruitt S.L., Shim M.J., Mullen P.D., et al. The Association of Area Socioeconomic Status and Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2009. – Vol. 18, № 10. – P. 2579–2599; Delgado-Sanz M.C., García-Mendizábal M.J., Pollán M., et al. Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review // Health Qual. Life Outcomes. – 2011. – Vol. 9. – R. 3; Pudrovska T., Anikputa B. The role of early-life socioeconomic status in breast cancer incidence and mortality: unraveling life course mechanisms // J Aging Health. – 2012. – Vol. 24, № 2. – P. 323–344.

⁸⁷ Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Рук-во. - М.: Медицина, 2003; Руководство по исследованию качества жизни / Под ред. Ю.Л. Шевченко. Изд. 2-е. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 2007 с.

⁸⁸ Куприянова И.Е., Семке В.Я. Качество жизни и психическое здоровье. – Томск: РАСКО, 2004. – 121 с.

Концепция качества жизни, связанного со здоровьем, используется в онкологии свыше 30 лет, и в настоящее время является второй по критериальной значимости для оценки результатов лечения после показателей выживаемости. Наиболее популярными в онкологической практике являются общие опросники SF-36, EuroCoI, специальные опросники EORT-C30 и FAST-G, а также экспертные профили, составляемые для каждой нозологии⁸⁹.

В 2008 году в России проведено исследование, в котором показана возможность повысить эффективность лечения пациенток с РМЖ на основе оценки их личностных особенностей, а также качества жизни после мастэктомии. С помощью методики FPI, опросников ТОБОЛ и SF-36, выявлена взаимосвязь между снижением уровня социального функционирования женщин и наличием неадаптивных типов отношения к болезни⁹⁰. Аналогичные исследования по качеству жизни женщин после радикальной мастэктомии и назначении различных видов специфической реабилитации проведены во многих регионах России⁹¹.

⁸⁹ Современная концепция исследования качества жизни в онкологии / А.Ю. Ненарокомов, Д.Л. Сперанский, Э.В. Аревшатов, А.Ю. Мудрый // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – № 2-2. – С. 421-425.

⁹⁰ Мищук Ю.Е., Потапов Ю.Н., Степанчук Ю.Б. Оценка взаимозависимости между личностными особенностями и уровнем социального функционирования у больных раком молочной железы // *Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева*. – 2008. – Т. 40, № 2. – С. 62-64.

⁹¹ Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных // *Международный мед. журнал*. – 2010. – № 4. – С. 11-13; Жогина Ж.А., Мусабаева Л.И., Слонимская Е.М. Пятилетние результаты органосохраняющего лечения больных раком молочной железы // *Медицинская радиология и радиационная безопасность*. – 2007. – Т.52, № 3. – С. 43-49; Попова Т.Н., Кузеванова Е.А. Качество жизни больных местно-распространенным раком молочной железы с прогрессированием заболевания после комплексного лечения // *Опухоли женской репродуктивной системы*. – 2011. – № 4. – С. 13-19; Штевнина Ю.И., Швырев С.Л., Петрова М.В. Автоматизированная оценка качества жизни больных со злокачественными и доброкачественными заболеваниями молочной железы // *Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России*. – 2011. – Т. 4, № 11. – С. 90-100; Дмитриев А.А., Каретникова Е.С. Влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни пациенток с раком молочной железы // *Пластическая хирургия и косметология*. – 2012. – № 4. – С. 573-576; Дьяченко В.Г., О А.С., Коваленко В.Л. Перспективы изучения качества жизни больных раком молочной железы (обзор литературы) // *Дальневосточный медицинский журнал*. – 2013. – № 3. – С. 134-138; Масляков В.В., Лёвина В.А., Накаева Е.Ю. Качество жизни и послеоперационная реабилитация больных раком молочной железы // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2014. – Т. 9, № 1 (33). – С. 26-29.

В работе А.Ю. Березанцева и соавт.⁹² были обследованы 110 пациенток 28-70 лет после операций по поводу РМЖ, находившихся под наблюдением в одном из онкологических диспансеров г. Москвы. Оценены взаимоотношения между нарушениями в психической сфере и показатели качества жизни женщин. Практически у всех пациенток выявлено наличие той или иной степени акцентуации характера; у 68,2% были диагностированы нозологически очерченные пограничные психические расстройства уровня; у остальных – донозологические расстройства в виде умеренно выраженных атипичных симптомокомплексов. Наиболее типичными были смешанные тревожные и депрессивные реакции, обусловленные расстройством адаптации (F 43.22 по МКБ-10), неврастения (F 48.0) и пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21). У большинства пациентов, таким образом, преобладали депрессивные и астенические проявления психологических нарушений. Выявлено четыре варианта соотношения объективных параметров качества жизни и их субъективной оценки больными: адекватно-позитивный (26,4%), неадекватно-позитивный (4,5%), адекватно-негативный (44,5%) и неадекватно-негативный (22,6%). При этом у пациенток с астенической симптоматикой преобладали адекватно-негативная и адекватно-позитивная оценки качества жизни. Неадекватно-негативная оценка коррелировала с депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматикой. После проведения гипнотерапии отмечено увеличение показателей качества жизни с 2,6 до 7,2 баллов, в группе после проведения когнитивно-бихевиоральной психотерапии - в среднем с 2,4 до 9,3 баллов.

В работе Collins K. et al.⁹³ поднимается вопрос об особенностях лечения и реабилитации РМЖ у пациенток с нарушениями интеллекта. Подчеркивается, что в Великобритании, равно как в Европе в целом или США, на

⁹² Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Стражев С.В. Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2012. – № 1. – С. 8-13.

⁹³ Collins K, McClimens A, Mekonnen S, Wyld L. Breast cancer information and support needs for women with intellectual disabilities: a scoping study // Psychooncology. – 2014. – Vol. 12. – doi: 10.1002/pon.3500.

сегодняшний день отсутствует целенаправленная объединяющая стратегия по этому вопросу, а имеются лишь элементы разумных практик. Это приводит в высокой вероятности поздней диагностике, трудностям лечения и реабилитации этой группы пациенток.

Этиологический подход на основе теории личностных черт предполагает наличие прямой причинно-следственной связи между личностными факторами и заболеваниями, специфичности заболеваний для субъектов с определёнными личностными характеристиками. Этот подход используется в исследованиях роли личности в этиологии онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний (поведение типа А). Доминирует представление о том, что личностные факторы лишь опосредуют влияние фактора, вызывающего заболевание. Примерами таких личностных факторов являются локус контроля, стойкость, самооценка и многие другие⁹⁴.

К числу других психологических факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья, следует отнести индивидуальное восприятие событий. Весьма вероятно, что результат влияния жизненных событий на состояние здоровья зависит от стиля совладания (coping style) или стиля атрибуции или таких черт, как нейротизм⁹⁵.

В работе Л.М. Барденштейн и соавт.⁹⁶ выделены психофизиологические особенности пациенток, способствующие длительной выживаемости после радикальных операций по поводу РМЖ. Интересно, что к таким особенностям было отнесено наличие паранойяльного психотипа, тогда как у больных с психастеническим психотипом выживаемость была меньше. Авто-

⁹⁴ Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией // Сибирский психиатр. журнал. – 2008. – Т. 27, № 1. – С. 67-71; Yeom H., Heidrich S.M. Effect of perceived barriers to symptom management on quality of life in older breast cancer survivors // Cancer Nurs. – 2009. - Vol. 32, № 4. – P. 309–316

⁹⁵ Солнцева Ю.В., Зотов П.Б. Астенические расстройства у радикально оперированных больных раком молочной железы, перед планируемой адъювантной полихимиотерапией // Медицинская наука и образование Урала. – 2009. – Т. 10, № 2. – С. 122-123; Kraemer L.M., Stanton A.L., Meyerowitz B.E., et al. A longitudinal examination of couples' coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer // J. Fam. Psychol. – 2011. – Vol. 25, № 6. – P. 963–972.

⁹⁶ Барденштейн Л.М., Вельшер Л.З., Аверьянова С.В. Психологические особенности больных раком молочной железы как прогностический фактор // Рос. мед. журнал. – 2011. – № 5. – С. 13-17.

ры заключают, что основные особенности личности и соответствующая им модель поведения являются независимым фактором прогноза заболевания.

Определены способы, посредством которых личностные факторы могут оказывать влияние на состояние здоровья субъекта. Во-первых, личностные диспозиции могут влиять на длительность или интенсивность стрессовых реакций, которые играют значимую роль в последующем развитии болезни. Во-вторых, между личностными характеристиками и состоянием здоровья может существовать прямая причинная связь. В-третьих, некоторые личностные факторы, такие, как определённый стиль атрибуции, ослабляют или усиливают воздействие стресса⁹⁷.

Депрессивное расстройство уменьшает профессиональную активность человека, увеличивает вероятность соматических заболеваний, нарушает социальное функционирование, ухудшает качество жизни⁹⁸. Согласно H.Friedman, депрессия включает чувство печали, усталости, нерешительности и болезненности⁹⁹.

Лишь при депрессии легкой степени не нарушается социальное функционирование больного. При тяжелом течении депрессии отмечается выраженное ограничение или полное прекращение привычной деятельности, социального функционирования.

За последние десятилетия, достигнут значительный прогресс в понимании личностных характеристик как предикторов онкологических заболеваний. Если ранее наиболее надёжными прогностическими факторами онкологических заболеваний считались различные компоненты модели поведения типа А, то более поздние исследования признают, что негативные эмоцио-

⁹⁷ Chou AF, Stewart SL, Wild RC, Bloom JR. Social support and survival in young women with breast carcinoma // *Psychooncology*. – 2012. – Vol. 21, № 2. – P. 125-133; Forsythe LP, Alfano CM, Kent EE, et al. Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors // *Psychooncology*. – 2014. – Jan 30. – doi: 10.1002/pon.3480. (Epub ahead of print).

⁹⁸ Namkoong K., McLaughlin B., Yoo W., et al. The effects of expression: how providing emotional support online improves cancer patients' coping strategies // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* – 2013. – Vol. 47. – P. 169-174;

⁹⁹ Депрессия / Л.М. Барденштейн, Ю.В. Скорик, А.А. Ялымов, Г.Г. Шехян // *Психиатрия*. – 2005. – № 5. – С. 15.

нальные реакции, гнев, враждебность, а также неуживчивость и личностная включенность (self-involvement) тесно ассоциируются с предрасположенностью к онкологическим заболеваниям. Одним из факторов риска инвалидизации больных, страдающих раком молочной железы, является депрессия – коморбидное состояние, характеризующееся психологической дезадаптацией и нарушением социального функционирования больного. По данным экспертов ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на второе место в структуре инвалидизирующих заболеваний¹⁰⁰.

Клиническая картина соматогенных расстройств зависит от характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, эффективности терапевтических воздействий, а также от таких индивидуальных свойств пациента, как наследственная предрасположенность, конституция, преморбидный склад личности, возраст, пол, реактивность организма, наличие предшествующих вредностей (черепно-мозговые травмы, психотравмирующие ситуации до болезни и т. д.).

Необходимость изучения субъективной стороны заболевания подчеркивалась многими авторами с позиций психоанализа. Согласно теории аутопатологии болезнь представляет собой реализацию в определенных жизненных условиях психического профиля личности, который у каждого человека индивидуален и предопределен, главным образом, конституцией и наследственностью. В отечественной литературе проблема соотношения личности и болезни рассматривается в двух аспектах: как система отношений “личность и болезнь” – роль личности в этиологии заболевания, в выходе из болезни, в процессе реадaptации; как система отношений “болезнь и личность” – выяснение проблемы непосредственных и опосредованных соматогенных, возни-

¹⁰⁰ Архипова И.В., Кокорина Н.П., Лопатин А.А. Психосоциальная реабилитация женщин с раком молочной железы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 66-68.

кающих у больного в результате тяжелых заболеваний, изучение влияния патологического процесса и его способности изменять личность¹⁰¹.

Соматопсихическое направление было заложено трудами С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, И.К. Краснушкина. В центре внимания находился вопрос влияния соматической болезни на личность. Начиная с работ М.Я. Мудрова, Г.А. Захарьина, П.Б. Ганнушкина, Р.А. Лурия наметился целостный подход в исследовании больного, предполагающий тщательное изучение и правильное понимание роли личности при возникновении того или иного заболевания. Это позволяет добиться большей эффективности как в изучении этиологии и патогенеза заболеваний, так и в организации лечения и профилактики болезней¹⁰².

Это сложное понятие включает, по крайней мере, четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего: 1-й уровень – чувственный, уровень ощущений; 2-й уровень – эмоциональный (различные виды реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия); 3-й уровень – интеллектуальный (представления, знание больного о своем заболевании, размышления о его причинах и последствиях); 4-й уровень – мотивационный (отношение больного к своему заболеванию, изменение поведения и образа жизни в условиях болезни)¹⁰³.

В связи с появлением работ по изучению субъективной стороны заболевания был введен целый ряд терминов, определяющих отражение болезни в психике человека. Остановимся на них подробнее.

¹⁰¹ Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией // Сибирский психиатр. журнал. – 2008. – Т. 27, № 1. – С. 67-71

¹⁰² Жигунова Г.В. Социальная идентификация лиц с инвалидностью // В мире научных открытий. – 2011. – № 5.1. – С. 484-490; Морозова Е.В. Структура идентичности, как фактор реабилитации личности // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2011. – № 3. – С. 67-72; Реабилитация при раке молочной железы / Иванов П.М., Бровцев О.В., Лопатин Р.О. и др. // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 1-1(8). – С. 80-81.

¹⁰³ Володин Б.Ю. Внутренняя картина болезни и особенности психотерапевтической коррекции у больных раком молочной железы и тела матки // Рос. онкол. журнал. – 2006. – № 1. – С. 38-40; Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией // Сибирский психиатр. журнал. – 2008. – Т. 27, № 1. – С. 67-71.

Аутопластическая картина болезни (А. Гольдшейдер) – сумма ощущений, переживаний и настроений больного вместе с его собственным представлением о болезни. Автором выделено два уровня картины болезни: «сенситивный» – базирующийся на ощущениях, и «интеллектуальный» – являющийся результатом размышлений больного о физическом состоянии ¹⁰⁴.

Внутренняя картина болезни описывается, согласно концепции Р.А. Лурия, как все, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений, включая общее самочувствие, представления о своей болезни, о ее причинах. Во внутренней картине болезни особое значение принадлежит интеллектуальному уровню ее самопознания, как обладающему большим влиянием на течение патологических процессов. Принято выделять шесть основных типов переживания болезни: депрессивный, дистимический, ипохондрический, фобический, истероидный, эйфорический и анозогнозический ¹⁰⁵.

Реакция адаптации описывается как комплекс изменений, вырабатываемых личностью для преодоления сознания неполноценности, переживаний ограничения своих физических и психических возможностей, преодоления различных проявлений болезни. Эти реакции могут быть компенсаторного характера (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т. п.), и псевдокомпенсаторные реакции в виде отрицания и игнорирования болезни при объективно тяжелых ее проявлениях ¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 480 с.

¹⁰⁵ Володин Б.Ю. Внутренняя картина болезни и особенности психотерапевтической коррекции у больных раком молочной железы и тела матки // Рос. онкол. журнал. – 2006. – № 1. – С. 38-40; Калиниченко О.Д., Дашина М.Г. Исследование внутренней картины болезни у женщин, больных раком молочной железы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – № 1. – С. 47-48; Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией // Сибирский психиатр. журнал. – 2008. – Т. 27, № 1. – С. 67-71.

¹⁰⁶ Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных // Международный мед. журнал. – 2010. - № 4. – С. 11-13. Мелихов В.В., Уколова О.Н. Интерпретация понятия «здоровье» применительно к людям с инвалидностью // Альманах современной науки и образования. – 2013. – № 5 (72); Braithwaite D., Satariano W.A., Sternfeld B., et al. Long-term prognostic role of functional limitations among women with breast cancer // J. Natl. Cancer Inst. – 2010. – Vol. 102, № 19. – P. 1468–1477; Schulman-Green D., Bradley E.H., Knobf M.T., et al. Self-management and transitions in women with advanced breast cancer // J. Pain Symptom. Manage. – 2011. – Vol. 42, № 4. – P. 517–525; Sehl M., Lu X., Silliman R., Ganz

Для понимания внутренней картины болезни необходимо учитывать отношение к ней больного, которое включает в себя: гнозис болезни – познание болезни на основе интероцептивных ощущений больного, имеющихся у него медицинских знаний, личного опыта собственной болезни или болезни близких; общие сдвиги в психике больного ¹⁰⁷.

Итоговое отношение больного к заболеванию определяется индивидуальным взаимодействием, как минимум, трех групп факторов: спецификой основного заболевания, особенностями личности и нервной системы заболевшего, факторами окружающей, в том числе, социальной среды, воздействующими на сознание и поведение больного ¹⁰⁸.

При социологических обследованиях онкологических пациентов выявляются самые разные типы отношения к своей болезни: «держаться выше болезни», «бороться с болезнью», «не обращать внимания на болезнь», «скрывать болезнь, считать ее позором», «полностью покоряться болезни», «бояться болезни», «привыкать к болезни», «трагически переживать болезнь» и др. ¹⁰⁹.

P.A. Decline in physical functioning in first 2 years after breast cancer diagnosis predicts 10 year survival in older women // *J. Cancer Surviv.* – 2013. – Vol. 7, № 1. – P. 20–31

¹⁰⁷ Lehto U.-S., Ojanen M., Dyba T., et al. Baseline psychosocial predictors of survival in localised breast cancer // *Br. J. Cancer.* – 2006. – Vol. 94, № 9. – P. 1245-1252; Phillips K.A., Osborne R.H., Giles G.G., et al. Psychosocial factors and survival of young women with breast cancer: a population-based prospective cohort study // *J. Clin. Oncol.* – 2008. – Vol. 26, № 28. – P. 4666-4671

¹⁰⁸ Архипова И.В., Кокорина Н.П., Лопатин А.А. Психосоциальная реабилитация женщин с раком молочной железы // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2007. – № 1. – С. 66-68; Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Стражев С.В. Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы // *Опухоли женской репродуктивной системы.* – 2012. – № 1. – С. 8-13; Кукшина А.А., Верещагина Д.А. Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.* – 2013. – № 5. – С. 28-34; K.L. et al., 2005; Weihs K.L., Simmens S.J., Mizrahi J., et al. Dependable social relationships predict overall survival in Stages II and III breast carcinoma patients. // *J. Psychosom. Res.* – 2005. – Vol. 59, № 5. – P. 299-306

¹⁰⁹ Куприянова И.Е., Семке В.Я. Качество жизни и психическое здоровье. – Томск: РАСКО, 2004. – 121 с; Морозова Е.В. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания – Дисс. канд. психол. наук. – Ярославль, 2008. – 248 с. Е.В., 2008; Когония Л.М., Федотов А.Ю. Анализ социологического опроса онкологических больных с целью выявления проблем в лечебном процессе // *Социальные аспекты здоровья населения.* – 2011. – Т. 21, № 5. – С. 5-6.

В психосоматической медицине распространена типология психосоциальных реакций на болезнь, как реакций преимущественно на информацию о заболевании:

- болезнь-угроза или вызов, типы реакций: противодействие, тревога, уход, борьба;
- болезнь-утрата, типы реакций: депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушение режима,
- болезнь-выигрыш или избавление, типы реакций: безразличие, жизнерадостность, нарушение режима, враждебность по отношению к врачу,
- болезнь-наказание, типы реакций: угнетенность, стыд, гнев ¹¹⁰.

Внутренняя картина болезни у онкологического больного формируется исходя из представления об имеющейся патологии как тяжелой, неизлечимой и несущей опасность неизбежного летального исхода. Эти особенности внутренней картины болезни формируются независимо от выраженности соматической клинической симптоматики и, при невысоком реабилитационном потенциале личности, нередко ведут к развитию патопсихологических форм реагирования, к отказу от реабилитационных мероприятий, адекватных реальному состоянию и прогнозу ¹¹¹.

Курение в значительной степени влияет на качество жизни женщин, в частности на самооценку своего здоровья. Самооценка здоровья выше у некурящих женщин, чем у курящих. Среди курящих женщин ухудшение состояния здоровья за прошедшие пять лет отметили 58,8% по сравнению с 40,8% некурящими. Частые головные боли, головокружение, ухудшение памяти, повышенная раздражительность встречается в 1,5 раза чаще среди ку-

¹¹⁰ Kraemer L.M., Stanton A.L., Meyerowitz B.E., et al. A longitudinal examination of couples' coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer // *J. Fam. Psychol.* – 2011. – Vol. 25, № 6. – P. 963–972; Cousson-Gélie F., Bruchon-Schweitzer M., Dilhuydy J.M., Jutand M.A. Do anxiety, body image, social support and coping strategies predict survival in breast cancer? A ten-year follow-up study // *Psychosomatics.* – 2007. – Vol. 48, № 3. – P. 211-216.

¹¹¹ Особенности функционального состояния опорно-двигательной системы больных с постмастэктомическим синдромом / О.Э. Гаевская, О.Л. Белянин, Л.М. Смирнова, К.К. Щербина, С.Ф. Курдыбайло // *Уч. записки Санкт-Петербургского государственного мед. университета им. акад. И.П. Павлова.* – 2008. - № 3. – С. 64-66

рящих женщин, чем среди не пристрастных к табаку. Чувство страха без видимых причин, грусть и печаль сопровождает 78,5% курящих и 64,3% некурящих женщин. Изучение взаимосвязи курения на качество жизни женщин показало, что высокая распространенность курения коррелирует с низкими показателями здоровья и качества жизни у женщин ¹¹².

В современной России отчетливо прослеживается активизация деятельности социальных служб и институтов в отношении реабилитации онкологических больных. Этим преодолевается многолетнее противоречие между стройной системой лечения и медицинской реабилитации в области онкологии, характерной для СССР и даже для России переходного периода, и отсутствием правовых и социальных институтов работы с лицами после радикального или паллиативного лечения опухолевых заболеваний. Цель современного подхода – максимально институализировать медико-социальное направление в этой работе, добиться приемлемого уровня здоровья и качества жизни лиц с онкологическими заболеваниями на всех этапах лечения и реабилитации. При этом паллиативная онкология должна рассматриваться все более не в узко медицинском аспекте, а с учетом медико-социальной и социально-психологической стороны проблемы, с позиций теории социально-структурных функций Т. Парсона ¹¹³.

До 96% онкологических больных нуждаются в консультации психолога и психокоррекции, в особенности при РМЖ. Частым осложнением хирургического лечения является астенический синдром различной степени выраженности. Основная цель психологической реабилитации – адаптация больного к изменившейся жизненной ситуации, формирование адекватных психологических установок, в том числе на трудовую деятельность, обучение технике релаксации, снятия психологического напряжения, преодоление неадекватных и обучение адекватным стереотипам реагирования, коррекцию

¹¹² Оленева И.В. Профилактика поздних осложнений и укрепление здоровья у больных после хирургического лечения рака молочной железы // Мед. алфавит. – 2013. – Т. 1-2, № 10. – С. 50-53.

¹¹³ Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Медико-социологическое обоснование реабилитации онкологических больных // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2. – С. 447.

внутриличностных изменений. Эффективность этого типа реабилитации выше при раннем начале, непрерывности проведения и в сочетании с другими видами – устранением последствий, физической реабилитацией. Методы проведения различны в зависимости от психического статуса больного и настолько специфичны, что в каждом конкретном случае требуют консультации психолога или психотерапевта ¹¹⁴.

Личностные реакции на болезнь и внутренняя картина болезни при соматических заболеваниях имеют огромное значение, влияют на поведение соматических больных, а, следовательно, на течение болезни. Они неразрывно связаны с такими понятиями, как качество жизни и приверженность лечению. Стратегия оценки качества жизни первоначально сформировалась в социологии вследствие понимания недостаточности только количественного анализа уровня жизни населения, исчисляемого экономическими показателями. Несмотря на противоречивые мнения социологов о ценности самой концепции и инструментов исследования качества жизни она нашла свое место в медицине и именно в этой области получила широкое распространение.

По определению ВОЗ, качество жизни – это восприятие людьми своего положения в зависимости от культурных особенностей, системы ценностей и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и заботами, т. е. качество жизни – это субъективно воспринимаемое мироощущение ¹¹⁵. Такое определение подразумевает соответствие представлений человека об идеальной жизни,

¹¹⁴ Опыт работы кабинета реабилитации после радикального лечения по поводу рака молочной железы / Л.К. Бартош, Л.Н. Фишер, В.В. Гайкова, В.В. Иванова // Вестник Московского онкологического общества. – 2006. – № 4. – С. 6-7; Березанцев А.Ю., Стражев С.В., Монасыпова Л.И. Организационные и клинические аспекты психосоциальной реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. – № 52. – С. 44-52; Анализ показателей качества жизни больных диссеминированным раком молочной железы, получавших различные режимы гормонотерапии в зависимости от возраста / Д.С. Мирзоева, Д.З. Зикиряходжаев, С.Г. Раджабова, Ф.Г. Солиев // Вестник Авиценны. – 2012. – № 2 (51). – С. 88-91.; Гильмутдинова Л.Т., Ганцева Н.Р., Гильмутдинов А.Р. Результаты реабилитации больных, оперированных по поводу рака молочной железы // Физиотерапевт. – 2011. – № 7. – С. 31-33; Iezzoni L.I., Park E.R., Kilbridge K.L. Implications of mobility impairment on the diagnosis and treatment of breast cancer // J. Womens Health (Larchmt). – 2011. – Vol. 20, № 1. – P. 45–52; Lyons K.D., Erickson K., Hegel M.T. Problem-solving strategies of women undergoing chemotherapy for breast cancer // Can. J. Occup. Ther. – 2012. – Vol. 79, № 1. – P. 33–40

¹¹⁵ Руководство по исследованию качества жизни / Под ред. Ю.Л. Шевченко. Изд. 2-е. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 2007 с;

ее реальности и включает в свою оценку как объективные, так и субъективные составляющие.

Изучение влияния на психическое здоровье такого интегративного социологического показателя, как качество жизни, позволило выявить воздействие на человека разнообразных факторов (экология, работа, семья, быт, досуг, личные ценности, социально-политические установки с учетом индивидуальных запросов, уровень притязаний личности и степень их удовлетворения и др.). Однако чем больше исследовалась эта проблема, и возрастало число количество измеряющих инструментов (шкалы, опросники), тем отчетливее звучали спорные концептуальные вопросы: способны ли количественные методы оценить качество, какие переменные должны включаться в эту оценку, является ли качество жизни мультивариантной проблемой, уместно ли оценивать глобальный уровень качества жизни или только ее отдельные профили и т. д.¹¹⁶.

Неоспорим тот факт, что качество жизни – понятие очень индивидуальное. Представления о качестве жизни могут быть различными, и не только у разных людей, но и у одного и того же человека в определенные периоды его жизни. Исследование категории качества жизни стало особенно актуальным при ее вовлечении в оценку эффективности лечения. Оценка восприятия человеком собственного психического и физического самочувствия и жизненных условий является чрезвычайно необходимой при проведении терапии, т. к. цели врача при этом не могут быть приравнены к ожиданиям больного. Кроме того, при проведении лечения любым врачом, в т. ч. психиатром,

¹¹⁶ Решетников А.В. Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований // Экономика здравоохранения. - 2001. - №1; Петров В.И. Этические приоритеты нового закона РФ «Об охране здоровья граждан» // Биоэтика. – 2011. – Т. 2, № 8. – С. 3-4; Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных // Международный мед. журнал. – 2010. - № 4. – С. 11-13; Результаты изучения некоторых аспектов профилактики раковых заболеваний и качества жизни онкологических пациентов / К.Р. Амлаев, А.А. Койчуев, З.Д. Махов и др. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 5 (140). – С. 21-25.

наиболее уместна оценка человеческого восприятия своего психического и физического самочувствия и жизненных условий.

Глава 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

2.1. Выявление и сравнительный анализ предикторов инвалидизации трудоспособных женщин после оперативного лечения по поводу рака молочной железы.

В лечении и последующей реабилитации больных раком молочной железы (РМЖ) предсказывающие факторы или предикторы (predictive factors) играют важную роль в определении перспектив и степени инвалидизации. Особенно важно учитывать такие факторы при прогнозировании инвалидизации трудоспособных женщин, поскольку здесь просматривается не только медицинский, но и социальный аспекты.

При выявлении предикторов инвалидизации трудоспособных женщин с РМЖ следует различать прогностические факторы, которые коррелируют с выживаемостью и учитываются при оценке необходимости дополнительного системного лечения, и собственно предикторы, которые в большинстве случаев коррелируют с ответом на лечение независимо от прогноза. При этом нужно учитывать, что некоторые маркеры, рассматриваемые как предикторы, могут иметь как прогностическое, так и предсказывающее значение.

В современной науке выделяют две основные группы предикторов инвалидизации при РМЖ.

К первой группе предикторов относят морфологические характеристики опухоли: размер опухоли, тип роста и гистологическая принадлежность, степень гистологической злокачественности, наличие и количество метастазов опухоли в регионарных лимфоузлах, а также инвазии кровеносных и лимфатических сосудов¹¹⁷.

Ко второй группе предикторов относят молекулярные маркеры, которые имеют значительный прогностический потенциал в области оценки эффективности лечения и выживаемости, а также косвенно влияют на перспективу инвалидизации¹¹⁸. Молекулярные предикторы чаще используются при выборе стратегии лечения, а также медицинской реабилитации больных РМЖ. Однако с точки зрения социальной реабилитации и оценки риска инвалидизации такие факторы можно считать вторичными.

В практике медико-социальной экспертизы больных РМЖ центральное место занимает выявление и оценка стадии заболевания, которая считается одним из важнейших предикторов инвалидизации.

В течение длительного времени в отечественной медико-социальной экспертизе использовалась Отечественная клинико-морфологическая клас-

¹¹⁷ Чиссов В.И., Дарьялов С.Л.. Клинические рекомендации. Онкология 2006. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 655 с; Давыдов М.И., Летагин В.П. Стандарты лечения больных первичным раком молочной железы. М., РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН – 2013. - С. 18-22.

¹¹⁸ Weigelt B., Mackay A., A'hern R., et al. Breast cancer molecular profiling with single sample predictors: a retrospective analysis // Lancet Oncol. – 2010. – Vol. 11, № 4. – P. 339-349

сификация стадий развития рака молочной железы 1985 года, которая была построена на оценке основных морфологических показателей (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Отечественная клинико-морфологическая классификация стадий развития рака молочной железы (1985)

Стадия	Клинико-морфологическое описание
I	Опухоль диаметром до 2 см без прорастания в окружающую жировую клетчатку и кожу. Регионарные метастазы отсутствуют.
IIa	Опухоль диаметром от 2 до 5 см, не прорастающая в окружающую ткань, или опухоль того же или меньшего размера, прорастающая в жировую клетчатку и спаянная с кожей (симптомы морщинистости, «площадки»). Регионарные метастазы отсутствуют.
IIб	опухоль той же или меньшей степени местного распространения с одиночными (не более 2) метастазами на стороне поражения, смещаемыми подмышечными и (или) парастернальными.
IIIa	Опухоль диаметром более 5 см, не прорастающая в окружающую ткань, или опухоль любого размера, инфильтрирующая подлежащие фасциально-мышечные слои или кожу (симптом умбиликации, «лимонной корки», ограниченный отек, возможно изъязвление кожи, втяжение соска). Регионарные метастазы отсутствуют.

Таблица 2.1

(продолжение)

IIIб	Опухоль той же или меньшей степени местного распространения с одиночными (не более 2) ограниченно смещаемыми или множественными метастазами в подмышечных, подлопаточных, подключичных, парастернальных узлах на стороне поражения; опухоль той же или меньшей степени распространения с метастазами в надключичных лимфатических узлах на стороне поражения. Метастазы в надключичной области могут сочетаться с другими метастазами.
IVa	Местно-распространенная опухоль с наличием диссеминации по коже (сателлиты) или обширным изъязвлением, или фиксированная к грудной клетке, или с тотальным отеком молочной железы. Все острые формы рака молочной железы, рожеподобные, маститоподобные, панцирные. Регионарные метастазы не определяются.
IVб	Опухоль той же степени местного распространения с любыми вариантами регионарного метастазирования или опухоль меньшей степени местного распространения с одиночными ограниченно смещаемыми или множе-

ственными смещаемыми надключичными (или несмещаемыми) регионарными метастазами. Опухоль любой степени местного распространения с клинически определяемыми отдаленными метастазами, в том числе лимфогенными контралатеральными.

Применение данной классификации давало лишь поверхностное представление о характере поражения тканей и стадии развития онкологического заболевания, поэтому возникла потребность в более подробной классификации с учетом множества других показателей.

В рамках настоящего исследования в качестве основы для определения стадии развития рака молочной железы применялась современная международная классификация стадий развития раковых опухолей TNM.

Данная классификация подразумевает учет следующих показателей: тип опухоли по клинической классификации, состояние регионарных лимфатических узлов, наличие отдаленных метастазов, тип опухоли по гистологической классификации, данные гистопатологической дифференцировки и тип опухоли по R – классификации (приложение 1).

Спектр значения показателей кодируется в соответствии с градацией исследуемого признака.

Несмотря на достаточную полноту оценки клинико-морфологических показателей, классификация рака молочной железы и система TNM (2002) не учитывают размер пораженного органа, что очевидно негативно сказывается на качестве клинико-экспертной работы.

Так, например, в маленькой молочной железе (диаметр основания менее 15 см) объемное образование даже небольших размеров (до 2 см) занимает значительную часть органа, кроме того, опухоль приближается к регионарным лимфатическим коллекторам и попадает в более интенсивную зону их дренирующего влияния, вследствие чего не исключается ускорение процесса метастазирования.

Для объективизации критериев определения стадии заболевания при раке молочной железы более целесообразно применять не абсолютное значе-

ние размеров опухоли, а относительное. В этой связи была создана математическая модель распространенности опухолевого процесса по соотношению объемов опухоли и молочной железы.

Молочная железа по своей конфигурации сходна с полусферой, опухоль же зачастую почти сферическая. Объем молочной железы и опухоли можно определить по общепринятым математическим формулам:

$$V_m = \pi D^3 / 12$$

$$V_o = \pi d^3 / 6,$$

где V_m - объем молочной железы; V_o - объем опухоли; π - константа, равная 3,14; D - диаметр основания молочной железы; d - диаметр опухоли.

С целью определения процентного соотношения объемов молочной железы и опухоли следует найти относительное значение вышеуказанных параметров:

$$K = 2d^3 / D^3 \times 100\%,$$

где K — индекс соотношения объемов опухоли и молочной железы (индекс K).

Для мультицентрического рака молочной железы формула имеет следующий вид:

$$K = 2(d_1^3 + d_2^3 + d_3^3 + \dots + d_n^3) / D^3 \times 100 \%,$$

где d_1, d_2, d_3, d_n - диаметр опухоли.

При определении пороговых значений индекса K для идентификации со значением критерия T средний диаметр основания молочной железы условно принят за 25 см. В результате получены следующие пороговые значения:

K_1 - до 0,1 % (соответствует T_1);

K_2 - до 1,0 % (соответствует T_2);

K_3 - до 10 % (соответствует T_3 при опухолях до 10 см);

K_4 - более 10 % (соответствует T_3 для опухолей более 10 см и T_4).

Исследование регионарных лимфатических узлов показало, что:

при значении К1 (до 0,1 %) регионарные лимфатические узлы оставались интактными в 100 % случаев;

при К2 (до 1,0 %) поражение лимфатических узлов выявлено у 37,5 % больных;

при К3 (до 10 %) метастазы диагностированы у 86,7 % пациентов.

При изучении общей 5- и 10-летней выживаемости с учетом значения индекса К получены следующие данные:

при К1 выживаемость составила 100 и 100 % соответственно;

при К2-86,7 и 74,3 %;

при К3- 33,7 и 29,9 %.

Таким образом, применение математического метода с использованием индекса К позволяет наиболее точно определить стадию процесса и прогнозировать 5- и 10-летнюю выживаемость.

При оценке вероятности инвалидизации как последствия РМЖ важную роль играет возраст пациентки. В рамках настоящего исследования рассматривались три возрастные группы: женщины моложе 44 лет, от 45 до 54 лет и старше 55 лет.

Также к предикторам инвалидизации был отнесен такой показатель как тип РМЖ по гистологическому строению: инфильтративно-протоковый; аденокарцинома; дольковый; слизистый; солидный; железистый; медулярный.

Выше описанные предикторы инвалидизации в большей степени относятся к прогнозированию результатов лечения и медико-физиологической реабилитации. Однако, как показывает практика наблюдения пациенток в период социальной реабилитации, наибольшее влияние на ограничение трудоспособности оказывают последствия РМЖ, проявляющиеся, прежде всего, в лимфостазе верхних конечностей.

На сегодняшний день выделяют следующие стадии потмастэктомического отека, вызывающего лимфостаз верхних конечностей:

Стадия Ia – наличие на стороне операции постмастэктомического отека 0-1-й степени верхней конечности без проявлений синдрома напряжения передней лестничной мышцы.

Стадия Ib - наличие на стороне операции постмастэктомического отека 2-4-й степени верхней конечности без проявлений синдрома напряжения передней лестничной мышцы.

Стадия IIa – наличие на стороне операции постмастэктомического отека 0-1-й степени верхней конечности и клинических проявлений синдрома напряжения передней лестничной мышцы.

Стадия IIb – наличие на стороне операции постмастэктомического отека 2-4-й степени верхней конечности и клинических проявлений синдрома напряжения передней лестничной мышцы.

Стадия III – возникновение в результате прогрессирующего нарушения обменных процессов в мягких тканях конечности дегенеративных и некробиотических изменений (стадия фибродемы), которые при дальнейшем развитии приводят к разрастанию соединительной ткани и ее склерозу. Необратимость этих процессов делает данную фазу постмастэктомического синдрома не поддающейся лечению.

В рамках настоящего исследования видится целесообразным учет стадии лимфостаза без градаций, т.е. соответствующих I, II и III стадиям постмастэктомического синдрома.

Таким образом, к важным предикторам инвалидизации трудоспособных женщин относятся:

- 1) степень развития РМЖ (по классификации TNM) с математической объективацией показателей;
- 2) возраст пациентки;
- 3) тип РМЖ по гистологическому строению;
- 4) степень лимфостаза верхних конечностей.

В качестве дополнительных предикторов, возможно оказывающих влияние на риск инвалидизации трудоспособных женщин по причине РМЖ, ис-

пользованы такие критерии как принадлежность к определенной социальной категории (рабочие и служащие), а также возможно, расположение пораженной молочной железы (справа или слева).

Выявление связи принадлежности к определенной социальной категории и расположения пораженной молочной железы позволит повысить качество и достоверность медико-социальной экспертизы.

Помимо выявления актуального состояния женщины после РМЖ, учет предикторов инвалидизации в проведении экспертизы позволит с большой долей вероятности прогнозировать развитие заболевания и успешность реабилитационных мероприятий. В некоторых случаях своевременное выявление степени риска инвалидизации может служить основанием для проведения профилактической работы и дополнительного лечения.

Статистические данные по Российской Федерации и Волгоградской области, исследование, разработанное и проведенное автором в течение 2005-2009 годов, в период практической работы Федеральном Государственном учреждении «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области». В исследование включены документы учреждения медико-социальной экспертизы по Волгоградской области инвалидов вследствие рака молочной железы.

Анализ первичных документов за 2005-2009 года. Объем выборки составил 1030 актов медико-социальной экспертизы лиц, с диагнозом рак молочной железы, с установленной I, II и III группами инвалидности.

2.2. Методы оценки влияния рака молочной железы на личностный потенциал, структуру и степень ограничения жизнедеятельности женщин

Для описания личностного потенциала, структуры и ограничений жизнедеятельности пациенток с РМЖ целесообразно применять такое понятие как качество жизни.

Для оценки качества жизни, релеванного здоровью, сегодня используются следующие группы критериев ¹¹⁹:

- 1) физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- 2) психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания);
- 3) уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
- 4) общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
- 5) окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и переквалификации, досуг, экология);
- б) духовность (религия, личные убеждения).

Степень способности к труду определяется, исходя из клинического прогноза, зависящего от следующих факторов:

- 1) клинико-морфологических (размер опухоли, ее локализация в органе, характер поражения регионарных лимфатических узлов),
- 2) наличие отдаленных метастазов, гистологическое строение, степень дифференцировки);
- 3) общебиологических (возраст, клинические проявления заболевания, наличие сопутствующих заболеваний, иммунный статус больной);
- 4) связанных с видом проведенного лечения, а также ближайшими и отдаленными его последствиями;
- 5) социальных (характер и условия труда, образование, профессия, стаж работы пациентки).

¹¹⁹ Петров В.И. Этические приоритеты нового закона РФ «Об охране здоровья граждан» // Биоэтика. – 2011. – Т. 2, № 8. – С. 3-4; Ненарокомов А. Основы исследования качества жизни в онкологии // Врач. – 2013. – № 11. – С. 85-87.

Экспертиза трудоспособности позволяет оценить степень нарушения жизнедеятельности, социальной дезадаптации и при необходимости разработать программу реабилитации больных РМЖ¹²⁰.

На сегодняшний день предусмотрена следующая классификация степеней ограничения трудоспособности пациенток с РМЖ:

- III группа инвалидности – умеренное ограничение жизнедеятельности;

- II группа инвалидности – выраженное ограничение жизнедеятельности с неспособностью к трудовой деятельности в обычных производственных условиях;

- I группа инвалидности – резко выраженному ограничению жизнедеятельности с нарушением самообслуживания.

Для присвоения группы инвалидности применяется комплексная оценка последствий РМЖ, а также оценка возможности труда в различных производственных условиях. Эффективность и объективность оценки степени ограничения трудоспособности и жизнедеятельности пациенток определяет условия и возможности их реабилитации и ресоциализации после перенесенного заболевания.

Показатели ограничения жизнедеятельности трудоспособных женщин при РМЖ представлены в таблице 2.2.

Несмотря на достаточную широту критериев трудоспособности и ограничений жизнедеятельности, на сегодняшний день клиническая экспертиза основывается исключительно на субъективной оценке экспертов, которые в большинстве случаев не учитывают индивидуальные особенности пациенток, а также динамику показателей качества жизни пациенток.

¹²⁰ Клинико-трудовой прогноз у больных раком молочной железы после органосохранного лечения / А.З. Довгалюк, Н.В. Арташевская, Н.В. Новоторжина, И.А. Пазухина // Амбулатор. хирургия. Стационаро-замещающие технологии. – 2007. – № 3. – С. 68-69; Луд Н.Г., Луд Л.Н. Реабилитация больных раком молочной железы // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 39-51; Мика К. Реабилитация после удаления молочной железы. – М.: Медицина, 2011. – 144 с.

Решить проблему объективизации оценки личностного потенциала и структуры и ограничений жизнедеятельности женщин с РМЖ можно при помощи внедрения в практику экспертизы и реабилитации социологических методов исследования, а именно анкетирования.

Анкетный опрос позволит выявить субъективные факторы трудоспособности и реабилитации пациенток, а также при повторном применении на различных стадиях лечения проследить динамику показателей качества жизни.

Разработка программы социологического исследования личностного потенциала и структуры жизнедеятельности женщин с РМЖ должна основываться на оценке следующих групп показателей:

- 1) общесоциологические (возраст, образование, профессия, семейное положение);
- 2) специальные (группа инвалидности, изменение трудоспособности, изменение обстановки в семье и в трудовом коллективе).

Таблица 2.2

Показатели ограничения жизнедеятельности трудоспособных женщин при РМЖ

Группа инвалидности	Показания к присвоению
III группа	<ul style="list-style-type: none"> - утрата способности выполнять тяжелую физическую работу после радикального лечения РМЖ; - необходимость ограничения нагрузки на плечевой сустав пораженной стороны; - лимфостаз II степени; - постмастэктомический синдром; - выраженная и резко выраженная контрактура плечевого сустава; - рецидивирующие рожистые воспаления из-за необходимости значительного уменьшения объема выполняемой работы или переквалификации)
II группа	<ul style="list-style-type: none"> - сомнительный прогноз у радикально леченных больных с распространенным опухолевым процессом IIIA и IIIB стадии; - центральная локализация рака или низкая дифференцировка опухоли; - проведение курсов химиотерапии и плохая переносимость лечения у радикально леченных больных раком II и III стадий;

	<ul style="list-style-type: none"> - «воспалительные» формы рака молочной железы при отсутствии необходимости в постоянном постороннем уходе; - эффективная гормональная терапия метастазов инволютивного рака молочной железы при отсутствии осложнений, требующих постоянного ухода; - появление рецидива или отдаленных метастазов и предстоящее противоопухолевое лечение.
I группа	<ul style="list-style-type: none"> - генерализация опухолевого процесса на фоне комплексного лечения; - тяжелое общее состояние инкурабельных больных после паллиативного лечения.

Применение специальных показателей основывается на учете принятых критериев динамики показателей качества жизни, релевантного здоровью. К ним относятся, прежде всего, возраст, образование, способность к трудовой деятельности и рациональное трудоустройство, психологическое и социально-экономическое благополучие в семье, клиническое состояние, тяжесть и стадия заболевания, наличие рецидивов сопутствующей патологии, решение МСЭ об установлении группы инвалидности и эффективность выполнения индивидуальных реабилитационных программ.

Для выявления индивидуального восприятия ограничений жизнедеятельности пациенток с РМЖ был разработан блок вопросов, включенных в структуру анкетного опроса (табл. 2.3).

Таблица 2.3

Проект блока анкетного опроса для выявления индивидуального восприятия ограничений жизнедеятельности пациенток с РМЖ

Показатель	Индикатор	Формулировка вопроса	№ вопроса, шкала	Варианты ответов
Возраст	Количество полных лет	Возраст	1 интервальная	до 44 лет от 45 до 54 лет от 55 лет
Сфера занятости	Профессия	Профессия (кем работаете)	3 номинальная	Пенсионер Рабочие Служащие
Семейное положение	Состояние в браке Наличие детей	Семейное положение	4 номинальная	Замужем Не замужем Есть дети Нет детей
Степень ограничения трудоспо-	Группа инвалидности	Группа инвалидности	5 номинальная	I группа II группа

собности				III группа
Изменение обстановки в семье	Отношение близких к заболеванию	Знают ли близкие о Вашем заболевании? Если да, то опишите их отношение к Вам	6 номинальная	Сочувствие Равнодушие Сожаление Непонимание Поддержка
	Изменение отношений в семье	Изменились ли взаимоотношения в семье? Если да, то, какими они стали?	7 ранговая	Положительные Отрицательные Не изменились
Изменение обстановки в рабочем коллективе	Отношение коллег к заболеванию	Известно ли коллегам по работе о Вашем заболевании? Если да, то опишите их отношение к Вам	8 номинальная	Сочувствие Равнодушие Сожаление Непонимание Поддержка

Для проведения анкетного опроса проводилась районированная выборка с отбором типичных объектов, в качестве которых выступали женщины с первично выявленным раком молочной железы, имеющие I, II и III группы инвалидности. Объем выборки составил 18 человек (23,5% от генеральной совокупности), что позволяет говорить о высокой степени репрезентативности социологического исследования.

В результате проведения опроса были получены данные анкетирования в целях изучения качества жизни инвалидов, страдающих раком молочной железы (N=18).

2.3. Методы выявления и анализа социальных потребностей инвалидов по причине рак молочной железы при основных видах медико-социальной реабилитации

Методы выявления и анализа социальных потребностей инвалидов по РМЖ определяются, прежде всего, этапами и видами программ реабилитации.

Реабилитация пациенток с РМЖ представляет собой сложный процесс, включающий в себя несколько основных этапов.

Первый этап связан с проведением собственно лечебных мероприятий (выбором метода лечения, стационарного лечения и медико-физиологической реабилитации после выписки из стационара). На этом этапе социальные потребности пациентов на сегодняшний день практически остаются без внимания, поскольку программа реабилитации определяется медицинскими показаниями и динамикой течения заболевания.

Второй этап реабилитации связан с возвращением пациенток к социальной и трудовой активности. На данном этапе потребности в реабилитации определяются на основе оценки степени трудоспособности и общим физическим и психологическим состоянием пациентки. В качестве основных методов выявления социальных потребностей используются усредненные показатели качества жизни, релевантного здоровью.

Как показывает практика действующие методики оценки потребностей пациенток с РМЖ в социальной реабилитации на различных этапах лечения не обеспечивают объективного выявления и анализа таких потребностей.

Поскольку необходимость возвращения пациенток к активной жизни особенно актуальна для женщин трудоспособного возраста, эта категория должна быть в центре внимания специалистов реабилитационных центров.

Современные исследования предлагают расширить границы реабилитационного периода, включив в него период до госпитализации и начала стационарного лечения, поскольку ранее выявление социальных потребностей пациенток позволяет составить более эффективную индивидуальную программу реабилитации. Постстационарный период реабилитации должен обеспечивать достаточно быстрое возвращение пациенток с РМЖ к трудовой и общественной деятельности, поэтому его средняя продолжительность должна составлять не менее 6-12 месяцев¹²¹.

¹²¹ Барденштейн Л.М., Вельшер Л.З., Аверьянова С.В. Психологические особенности больных раком молочной железы как прогностический фактор // Рос. мед. журнал. – 2011. – № 5. – С. 13-17.; Hsieh C.C., Sprod L.K., Hudock D.S., et al. Effects of a supervised exercise intervention on recovery from treatment regimens in breast cancer survivors // Oncol. Nurs. Forum. – 2008. – Vol. 35 № 6. – P. 909–915; Sprod L.K., Hsieh C.C., Hayward R., Schneider C.M. Three versus six months of exercise training in breast cancer survivors // Breast Cancer Res. Treat. – 2010. – Vol. 121, № 2. – P. 413–419; Rogers L.Q., McAuley E., Anton Ph.M., et al. Better exercise

Как говорилось выше, современная система медико-социальной экспертизы и определения потребности пациенток с РМЖ в реабилитации опирается на стандартизированные процедуры, методы и показатели, которые во многих случаях не отражают индивидуальных особенностей истории болезни и актуального состояния женщин. Следовательно, возникает необходимость введение методов выявления субъективных показателей (мнений, оценок, суждений пациенток) в систему анализа потребностей в социальной реабилитации.

Введение указанной группы методов позволит решить две задачи совершенствования системы медико-социальной реабилитации женщин с РМЖ:

- выявить недостатки сферы услуг в медико-социальной реабилитации с позиций потребителей;

- рассмотреть проблему эффективности медико-социальной помощи и реализации правовых интересов женщин с РМЖ, учитывая мнение пациенток при разработке программ профилактики и снижения инвалидности.

К показателям субъективной оценки потребности в услугах медико-социальной реабилитации целесообразно отнести: субъективное отношение к заболеванию; потребность в психологической помощи и поддержке; потребность в групповой реабилитации; потребность в индивидуальной программе реабилитации (ИПР); степень личной заинтересованности в вопросах реабилитации больных с РМЖ, а также субъективную оценку степени ограничения жизнедеятельности и качества обслуживания.

Как и в случае с выявлением индивидуальных показателей качества жизни и ограниченности жизнедеятельности пациенток с РМЖ, для выявления субъективного компонента при анализе потребностей в медико-социальной реабилитации оптимальным методом исследования является анкетный опрос.

Для выявления индивидуальных потребностей в медико-социальной реабилитации пациенток с РМЖ был разработан блок вопросов, включенных в структуру анкетного опроса (табл. 2.4).

Для проведения анкетного опроса проводилась районированная выборка с отбором типичных объектов, в качестве которых выступали женщины с первично выявленным раком молочной железы, имеющие I, II и III группы инвалидности. Объем выборки составил 18 человек (23,5% от генеральной совокупности), что позволяет говорить о высокой степени репрезентативности социологического исследования.

Исследование проводилось в течение 2012 года.

Проведение данного исследования позволило получить данные с целью изучения потребности опрашиваемых в медико-социальной реабилитации (N=18).

Помимо выявления субъективной потребности в медико-социальной реабилитации пациенток с РМЖ для организации эффективной работы медико-социальной экспертизы важно определить методы анализа объективных потребностей и методики разработки и внедрения программ реабилитации для различных категорий женщин с РМЖ.

Таблица 2.4

Проект блока анкетного опроса для выявления индивидуального восприятия услуг по медико-социальной реабилитации пациенток с РМЖ

Показатель	Индикатор	Формулировка вопроса	№ вопроса, шкала	Варианты ответов
Субъективное отношение к заболеванию	Оценка РМЖ с точки зрения инвалидности	Считаете ли Вы, что диагноз рак молочной железы делает человека инвалидом на всю жизнь?	14 Номинальная	Да Нет
Потребность в психологической помощи и поддержке	Обращение за психологической помощью	Обращались ли Вы к психологу по поводу Вашего заболевания?	15 Номинальная	Да Нет

Потребность в групповой психологической реабилитации	Участие в группах психологической реабилитации	Участвуете ли Вы в группах психологической реабилитации (поддержки) для людей с онкологическими заболеваниями молочной железы?	16 Номинальная	Да Нет
	Желание участвовать в группах психологической реабилитации	Если не участвуете, то хотели бы стать участником такой группы?	17 Номинальная	Да Нет
	Оценка необходимости создания групп психологической реабилитации	Нужно ли создавать группы психологической поддержки для людей с онкологическими заболеваниями молочной железы?	18 Номинальная	Да Нет
Потребность в индивидуальной программе реабилитации (ИПР)	Оценка эффективности ИПР	Как Вы считаете, эффективна ли индивидуальная программа реабилитации (ИПР)?	19 ранговая	Эффективна Неэффективна Не понимаю, о чем идет речь

Таблица 2.4
(продолжение)

Показатель	Индикатор	Формулировка вопроса	№ вопроса, шкала	Варианты ответов
Степень личной заинтересованности в вопросах реабилитации больных с РМЖ	Участие в обсуждении реабилитации при РМЖ	Если пользуетесь интернетом, то участвуете ли в форумах (обсуждениях) по вопросам рака молочной железы?	20 номинальная	Участвую Не участвую Не пользуюсь интернетом
Субъективная оценка степени ограничения жизнедеятельности	Наличие трудностей в городском пространстве в повседневной жизни	Испытываете ли Вы трудности в городском пространстве в повседневной жизни?	21 номинальная	Да Нет

Оценка качества медицинского и социального обслуживания	Ощущение поддержки со стороны государства	Чувствуете ли заботу Государства об инвалидах?	9 номинальная	Да Нет
	Оценка качества медицинского обслуживания в поликлинике	Как Вы оцениваете отношение лечащих врачей в больнице и поликлинике к Вам?	10 ранговая	Положительное Отрицательное Безразличное
	Оценка отношения врачей медико-социальной экспертизы	Как Вы оцениваете отношение врачей медико-социальной экспертизы к Вам?	11 ранговая	Положительное Отрицательное Безразличное

Первоочередными задачами в совершенствовании процесса реабилитации пациенток с раком молочной железы на сегодняшний день являются:

- организация массового анкетирования на местах статистического учета впервые признанных инвалидами вследствие рака молочной железы, что позволит выявить субъективную потребность в медико-социальной реабилитации различных категорий женщин с РМЖ;

- создание формализованного описания необходимого объема медицинской реабилитации (медико-экономической матрицы плана реабилитации) для выявленных категорий пациенток.

Решение представленных задач позволит управлять не только качеством медицинской помощи женщин с РМЖ, но и значительно повысит их качество жизни.

Таким образом, в качестве основных методов для анализа объективных потребностей в медико-социальной реабилитации целесообразно применять:

- оценку степени ограничения трудоспособности по медицинским показателям;
- оценку объективного качества жизни, релевантного здоровью;
- социологические методы оценки субъективной потребности в медико-социальной и психологической реабилитации.

Комплексное применение выше перечисленных методов позволит составлять эффективные программы индивидуальной и групповой реабилитации женщин с РМЖ.

ГЛАВА 3

СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Социально-гигиеническая характеристика и клинико-функциональные особенности социальной группы женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы в Волгоградской области

С 2005 года в Федеральном государственном учреждении «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области» проводится изучение предикторов инвалидизации больных трудоспособного возраста при раке молочной железы. Настоящая работа основана на результатах изучения данных 1030 больных, прошедших медико-социальную экспертизу в учреждении медико-социальной экспертизы Волгоградской области в 2005-

2009 годах по поводу рака молочной железы, занимающего в Волгоградской области второе ранговое место в структуре инвалидности трудоспособного населения вследствие онкологических заболеваний.

В исследование были включены на основе случайной выборки лица женского пола всех возрастов, которым при проведении медико-социальной экспертизы установлена I, II или III группа инвалидности. Больные направлялись из различных лечебных учреждений Волгоградской области. У всех больных диагноз рак молочной железы был поставлен на основании известных критериев Всемирной организации здравоохранения и основывался на жалобах, клинических данных, результатах инструментального исследования.

Постановке окончательного диагноза предшествовало детальное обследование больных в стационарах региона. Обследование и верификация диагноза включали комплекс клинических, инструментальных, лабораторных методов исследования, а также психодиагностическое исследование с использованием нейропсихологических заданий, методику определения «качества жизни» пациентов. РМЖ является одним из основных предикторов инвалидизации женщин при онкологических заболеваниях.

У инвалидов, страдающих онкологическим процессом IV стадии, существует четкая зависимость тяжести соматического состояния и степени ограничений жизнедеятельности, в том числе ограничение способности к трудовой деятельности. В результате возникает смена социальной идентичности, неэффективность возрастной социализации, потребность в предписанном статусе инвалида.

При РМЖ II-III стадии в ходе исследования было установлено отсутствие корреляции ($p \leq 0,2$) тяжести клинических предикторов инвалидизации данной категории больных и трудовой занятости – фактора эффективной возрастной социализации инвалидов.

Совокупные показатели первичной инвалидности вследствие рака молочной железы в Волгоградской области в динамике за пять лет наблюдения

приведены в табл. 3.1. по данным учреждения медико-социальной экспертизы Волгоградской области.

Как видно из приведенных данных, в регионе наблюдается устойчивый рост лиц, впервые признанных инвалидами вследствие РМЖ. Количество ежегодно регистрируемых лиц возросло с 2005 по 2009 год по г. Волгограду с 200 до 258 человек (на 29,0%), по районам области – с 205 до 241 человека (на 17,6%), по региону в целом – с 405 до 499 человек (на 23,2%). При отношении к населению, этот показатель увеличился за исследуемый период в г. Волгограде с 2,01 до 2,61 на 10000 населения, в районах области – с 1,23 до 1,52, по региону в целом – с 1,52 до 1,93 (рис. 3.1).

Из приведенных данных следует, что г. Волгограде, в сравнении с остальной частью Волгоградской области, регистрируется более высокая инвалидность вследствие РМЖ, имеющая более высокие показатели роста. Как итог, число впервые зарегистрированных инвалидов вследствие РМЖ лиц в Волгограде (около 1 млн. жителей) в 2006 сравнялось, а впоследствии стало отчетливо превышать число инвалидов, регистрируемых в районах области (порядка 1,6 млн. жителей).

Таблица 3.1

Число лиц, впервые признанных инвалидами вследствие рака молочной железы, в Волгоградской области в 2005-2009 гг.

Население	2005	2006	2007	2008	2009
г. Волгоград	200	215	227	242	258
Область (без г. Волгограда)	205	214	222	233	241
По региону в целом	405	429	449	475	499

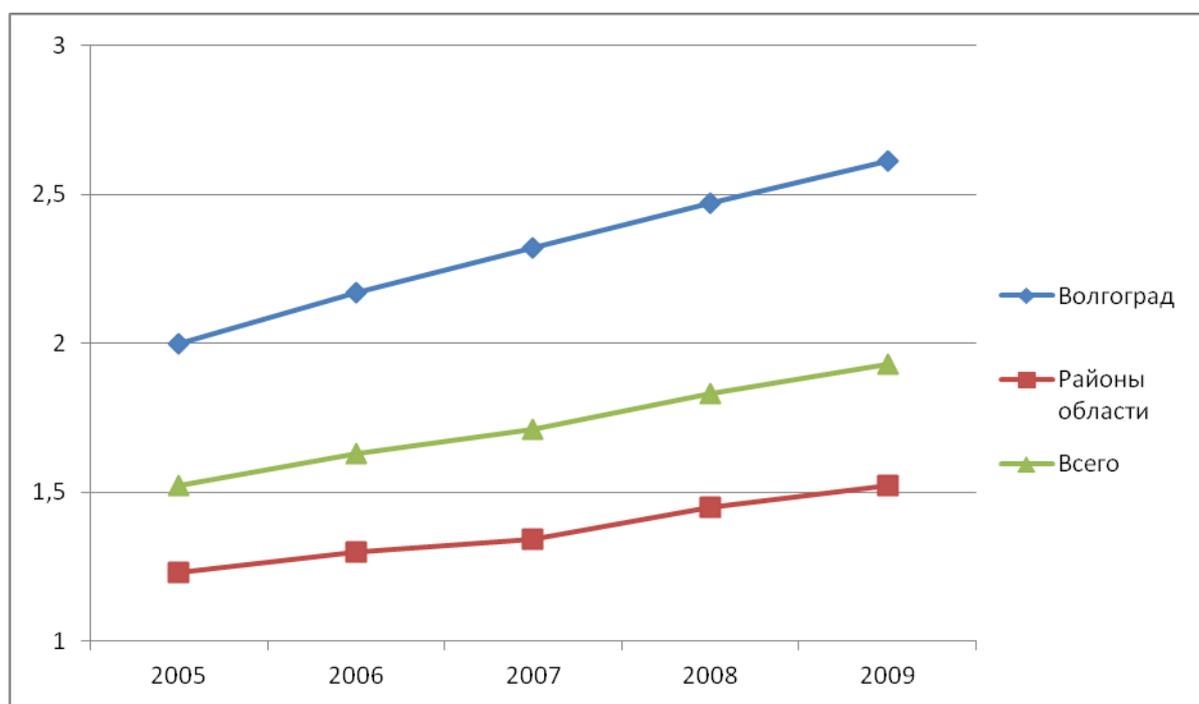


Рисунок 3.1 Первичная инвалидность вследствие рака молочной железы в Волгоградской области в 2005-2009 гг. (на 10000 населения).

Ежегодный прирост показателя также имел различия между центром и районами области. Если для г. Волгограда было характерно незначительное колебание вокруг устойчивого показателя прироста (порядка 6,6% в год), то для районов области было выявлено возрастание значения показателя с 3,6% в 2007 году до 8,2% в 2008 году и резким снижением до 3,8% в 2009 году. Тем не менее, совокупные результаты свидетельствуют о нарастающем росте инвалидизации с устойчивыми опережающими темпами прироста первичной инвалидности вследствие РМЖ по региону в пределах 5-6% ежегодно (рис. 3.2).

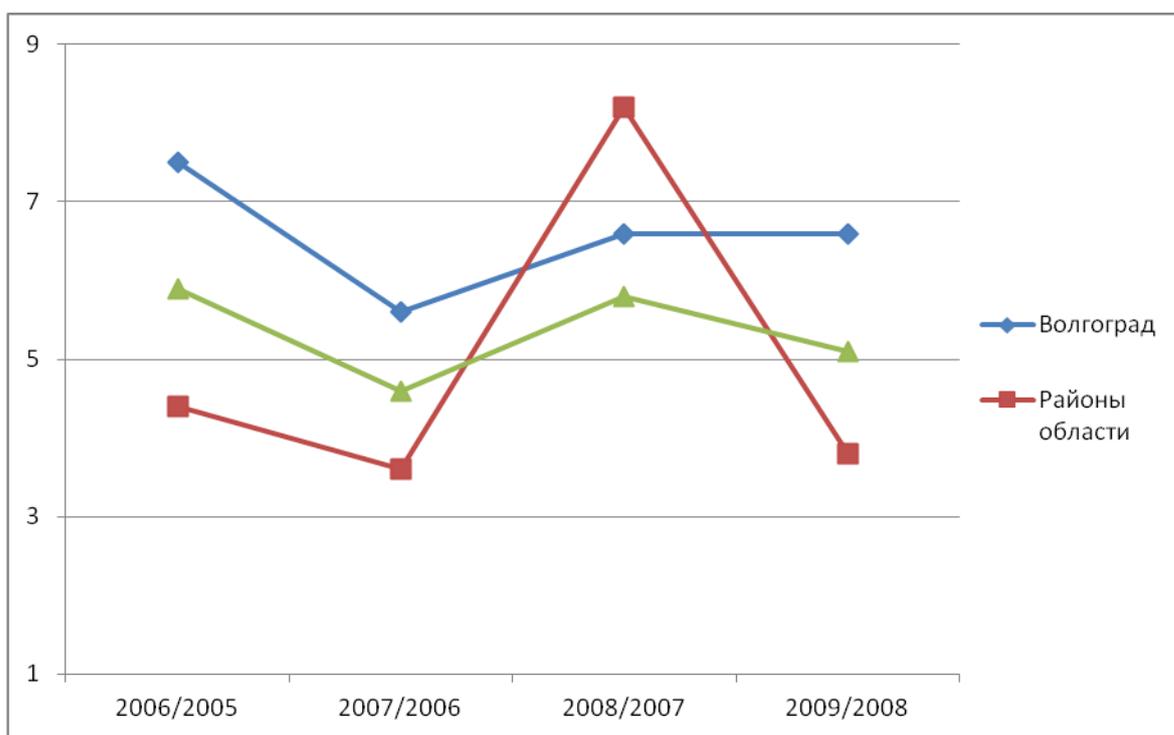


Рисунок 3.2. Ежегодный прирост первичной инвалидности вследствие рака молочной железы в Волгоградской области в 2005-2009 гг. (%%).

При анализе профессионального социального статуса женщин, впервые признанных инвалидами вследствие РМЖ, следует отметить, что они были представителями рабочих профессий и служащих примерно в равной степени. В г. Волгограде наблюдается устойчивая тенденция к сокращению в изучаемой социальной группе доли представителей рабочих профессий (с 57,5% до 52,5% за пять лет), в районах области рабочих изначально несколько меньше, и этот показатель колеблется в пределах 49,5-51,8% (табл. 3.2).

Таблица 3.2

Социальный статус лиц, впервые признанных инвалидами вследствие рака молочной железы, в Волгоградской области в 2005-2009 гг. (%%).

Население	Статус	2005	2006	2007	2008	2009
г. Волгоград	Рабочие	57,5	54,9	54,6	53,7	52,3

	Служ.	42,5	45,1	45,4	46,3	47,7
Область (без г. Волгограда)	Рабочие	49,5	52,3	52,7	51,5	51,8
	Служ.	50,5	47,7	47,3	48,5	48,2
По региону в целом	Рабочие	51,5	53,6	53,7	52,6	52,1
	Служ.	48,5	46,4	46,3	47,4	47,9

Структура инвалидов в зависимости от стадии РМЖ по всей исследованной социальной группе, представлена на рис. 3.3.

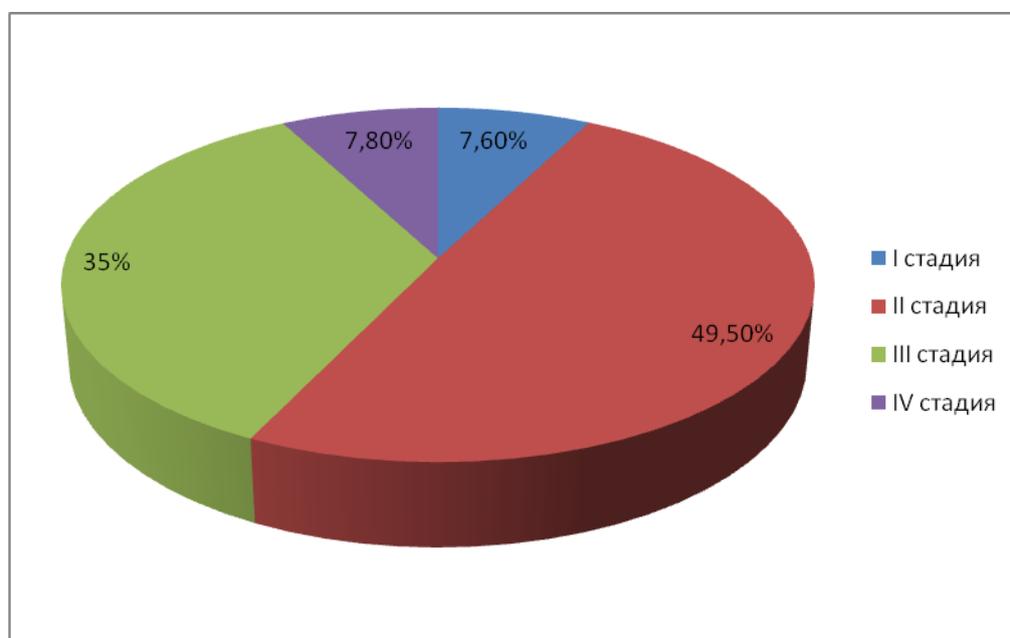


Рисунок 3.3. Структура женщин, впервые признанных инвалидами вследствие рака молочной железы в Волгоградской области, по стадиям заболевания (%%).

Как видно из диаграммы, половина женщин выходит на инвалидность вследствие РМЖ II клинической стадии с относительно благоприятным прогнозом, еще около 35% - вследствие РМЖ III стадии (преимущественно IIIa), где также в большом проценте случаев возможна полноценная реабилитация.

Различия в динамике и между г. Волгоградом и районами области приведены в табл. 3.3.

Таблица 3.3

Структура лиц, впервые признанных инвалидами вследствие РМЖ в Волгоградской области в 2005-2009 гг., по стадиям заболевания (%%)

Стадия РМЖ	2005	2006	2007	2008	2009
г. Волгоград					
I стадия	9,5	8,8	8,8	8,7	9,7
II стадия	52,0	51,2	52,0	51,2	50,0
III стадия	32,0	31,2	31,3	31,4	31,4
IV стадия	6,5	8,8	8,4	8,7	8,9
Область (без г. Волгограда)					
I стадия	6,3	6,1	6,3	6,0	5,8
II стадия	47,3	47,7	47,3	47,2	49,0
III стадия	39,5	39,3	38,3	39,0	37,8
IV стадия	6,8	7,0	8,1	7,7	7,5
По региону в целом					
I стадия	7,9	7,4	7,6	4,2	7,8
II стадия	49,6	49,4	49,6	49,3	49,5
III стадия	35,8	35,2	34,7	35,2	34,5
IV стадия	6,7	7,9	8,0	8,2	8,2

Как видно из приведенных данных, доля женщин на I и II стадиях РМЖ в исследованной социальной группе в г. Волгограде в целом выше (в сумме порядка 60%), чем в области, примерно 8-9%, что является, вероятнее всего отражением уровня онконастороженности населения и качества онкологической помощи в крупном городе, в сравнении с районами области. Определенную тревогу вызывает небольшой, но постоянной рост доли инвалидов на

IV стадии РМЖ, которая увеличилась в регионе с 2005 года по 2009 год с 6,7% до 8,2%, а в г. Волгограде – с 6,5% до 8,9%, соответственно.

Возраст женщин, впервые признаваемых инвалидами вследствие РМЖ, варьировал от 27 до 71 года. Доля лиц трудоспособного возраста составляла чуть менее половины из них: 32,2 % были в возрасте от 44 до 55 лет, около 12% - моложе 45 лет (рис. 3.4).

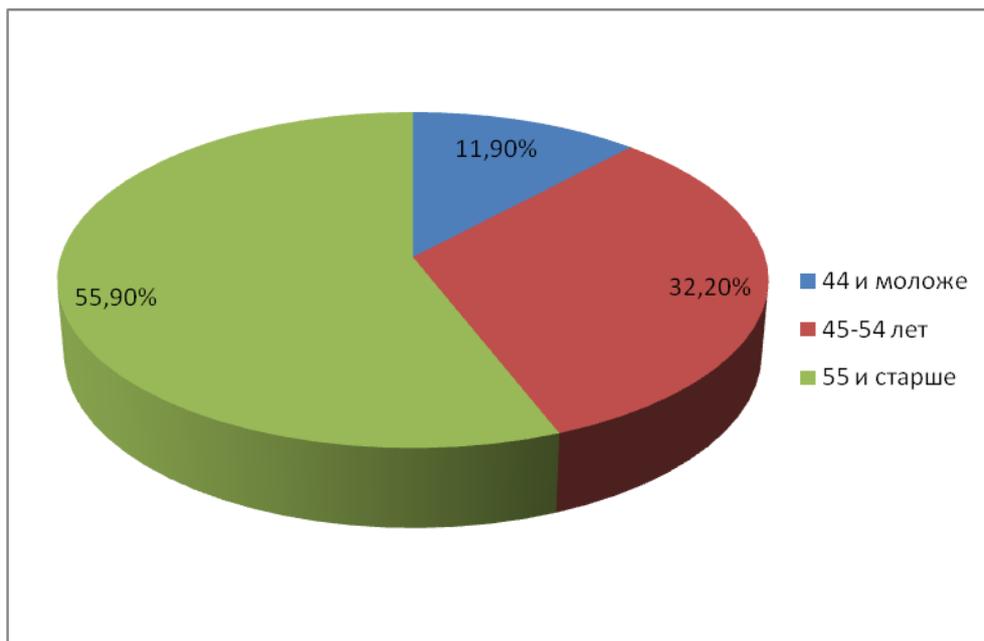


Рисунок 3.4. Структура женщин, впервые признанных инвалидами вследствие рака молочной железы в Волгоградской области, по возрасту (%%).

Структура изученной социальной группы по возрасту в динамике отдельно в г. Волгограде и в районах области приведена в табл. 3.4.

Таблица 3.4

Структура лиц, впервые признанных инвалидами вследствие РМЖ в Волгоградской области в 2005-2009 гг., по возрасту (%%)

Возраст женщин	2005	2006	2007	2008	2009
г. Волгоград					

44 года и моложе	10,0	9,3	9,7	9,9	10,2
45-54 года	26,5	27,4	29,1	29,3	29,8
55 лет и старше	64,0	63,2	61,7	60,7	60,0
Область (без г. Волгограда)					
44 года и моложе	13,6	13,6	14,4	14,2	14,1
45-54 года	35,1	36,9	36,0	35,6	35,7
55 лет и старше	51,2	49,5	49,5	50,2	50,2
По региону в целом					
44 года и моложе	11,6	11,4	12,0	12,0	12,4
45-54 года	30,9	32,2	32,5	32,4	32,7
55 лет и старше	57,5	56,4	55,5	55,2	54,9

В целом по региону за пятилетие отмечается небольшая тенденция к омоложению социальной группы лиц, признанных инвалидами вследствие РМЖ: доля женщин моложе 45 лет постепенно увеличилась с 2005 года по 2009 год с 11,6% до 12,4%, доля лиц старше 55 лет – снизилась за этот период с 57,5% до 54,9%.

При сопоставлении социальных групп инвалидов вследствие РМЖ в г. Волгограде и в районах области были выявлены различия в возрастной структуре. Так, доля женщин старше 55 лет в г. Волгограде устойчиво превышала 60%, а в районах области – варьировала в пределах 49,5-51,2%. Соответственно, несколько ниже была в г. Волгограде доля женщин-инвалидов вследствие РМЖ признанных инвалидами в трудоспособном возрасте.

При установлении инвалидности женщинам вследствие РМЖ в Волгоградской области, наиболее часто устанавливали II группу (65,9%). Инвалидность III группы устанавливалась в 26,9% случаев, инвалидность I группы – только у 7,1% женщин вследствие РМЖ (рис. 3.5).

Динамика показателей за 2005-2009 годы по области и отдельно по ее районам и г. Волгограду представлена в табл. 3.5.

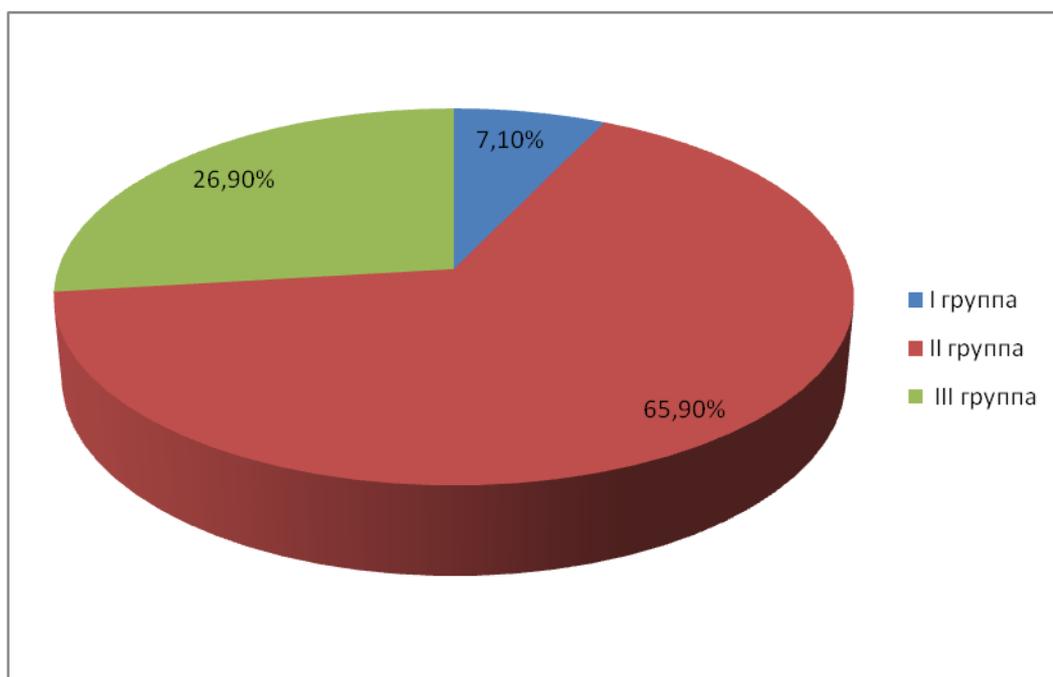


Рисунок 3.5. Структура женщин, впервые признанных инвалидами вследствие рака молочной железы в Волгоградской области, по группе инвалидности (%%).

В динамике за пятилетие прослеживается отчетливая тенденция к увеличению доли лиц, признаваемых инвалидами I группы вследствие РМЖ: в регионе в целом с 5,9% в 2005 году до 7,8% в 2009 году, в г. Волгограде – с 7,5% до 10,0%, соответственно, по районам области – в меньшей степени. Доля женщин-инвалидов III группы в рассматриваемой социальной группе, уменьшилась за этот же период в Волгоградской области с 28,9% до 25,3%, в г. Волгограде – с 31,0% до 26,4%. Доля женщин-инвалидов II группы вследствие РМЖ за пятилетие оставалась стабильной как в регионе в целом, так и в районах области и г. Волгограде. Полученные данные могут частично объяснять изменения потребностей инвалидов при планировании реабилитационных мероприятий.

Таблица 3.5

Структура лиц, впервые признанных инвалидами вследствие РМЖ
в Волгоградской области в 2005-2009 гг., по группе инвалидности (%%)

Группа инвалидности	2005	2006	2007	2008	2009
г. Волгоград					
I группа	7,5	9,8	9,3	9,5	10,0
II группа	61,5	66,0	62,6	63,6	63,6
III группа	31,0	29,7	28,1	26,9	26,4
Область (без г. Волгограда)					
I группа	4,4	4,2	5,4	5,2	5,4
II группа	68,7	69,6	68,5	70,0	70,5
III группа	26,8	26,2	26,1	24,8	24,1
По региону в целом					
I группа	5,9	7,0	7,3	7,4	7,8
II группа	65,1	65,0	65,5	66,7	66,9
III группа	28,9	28,0	27,1	25,9	25,3

Гистологическая картина РМЖ, как известно, является прогностическим признаком, во многом определяет функциональное состояние женщины после радикальной мастэктомии и общий прогноз заболевания. Общие данные о распределении РМЖ по гистологическому строению у женщин исследованной социальной группы приведены на рис. 3.6, абсолютные значения в динамике за 2005-2009 гг. по Волгоградской области в целом, ее районам и по г. Волгограду – в табл. 3.6.

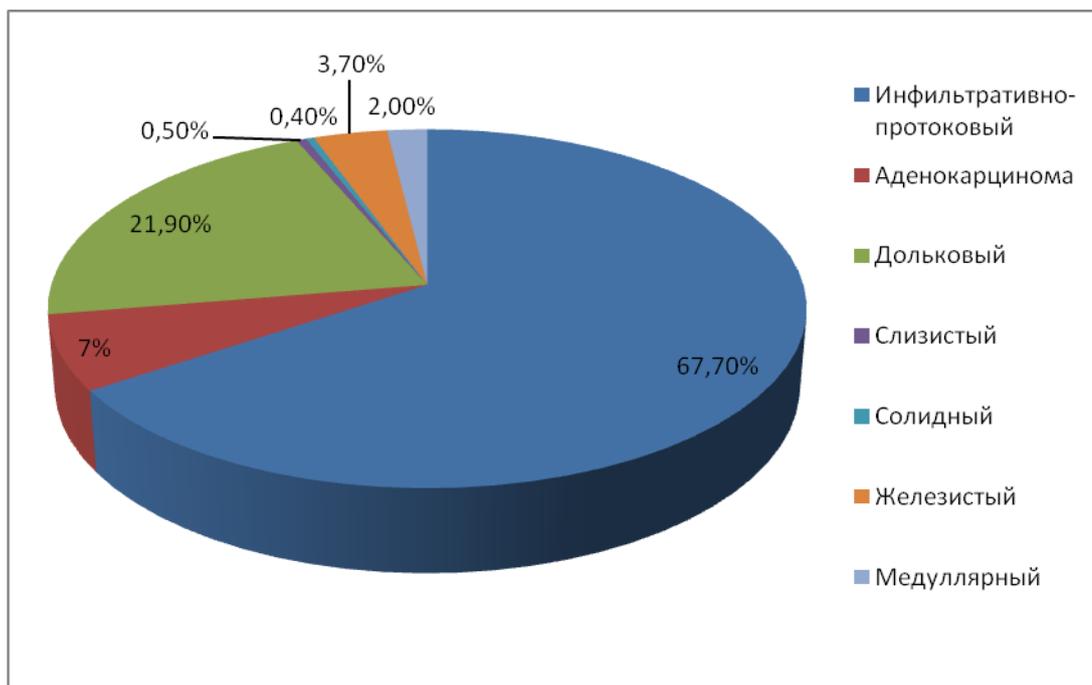


Рисунок 3.6. Структура женщин, впервые признанных инвалидами вследствие рака молочной железы в Волгоградской области, по гистологическому варианту опухоли (%%).

За период с 2005 по 2009 год в Волгоградской области среди женщин, впервые признанных инвалидами вследствие РМЖ, структура вариантов выявляемых опухолей оставалась достаточно стабильной, за исключением видимой тенденции к сокращению доли инфильтративно-протокового рака (более заметной по г. Волгограду – с 71,8% до 67,5% за пятилетие) при увеличении доли редко встречающихся вариантов – слизистого, солидного, медуллярного рака и скирра. Их совокупная доля в области увеличилась за пять лет с 2,5% до 4,1%, в г. Волгограде 3,2% до 5,6%. Нарастающий полиморфизм опухолей не может не оказывать влияния на популяционный прогноз РМЖ в регионе и систему реабилитационных мероприятий, которая все более индивидуализируется вслед за индивидуализацией картины болезни.

Таблица 3.6

Структура лиц, впервые признанных инвалидами вследствие РМЖ в Волгоградской области в 2005-2009 гг., по гистологическому варианту

опухоли (%%)

Вариант РМЖ	2005	2006	2007	2008	2009
г. Волгоград					
Инфильтративно-протоковый	71,8	70,3	69,4	69,0	67,5
Аденокарцинома	5,7	6,6	6,6	7,7	6,9
Дольковый	19,3	18,9	19,5	19,3	20,0
Другие	3,2	4,2	4,5	4,0	5,6
Область (без г. Волгограда)					
Инфильтративно-протоковый	66,9	66,5	65,0	64,6	65,9
Аденокарцинома	7,2	7,0	7,8	7,7	7,4
Дольковый	24,0	23,9	24,8	24,9	24,1
Другие	1,9	2,6	2,4	2,8	2,6
По региону в целом					
Инфильтративно-протоковый	69,2	68,3	67,5	66,9	67,0
Аденокарцинома	6,5	6,8	8,0	7,6	6,8
Дольковый	21,8	21,6	21,7	22,0	22,1
Другие	2,5	3,3	2,8	3,5	4,1

Проведенный анализ убеждает нас в том, что женщины-инвалиды, нуждающиеся в системе реабилитационных мероприятий в связи с впервые установленной инвалидностью вследствие РМЖ, представлены в Волгоградской области нарастающим, относительно гетерогенной социальной группой, с различиями по ряду существенных признаков между г. Волгоградом и районами области. Объективный полиморфизм заболевания и вариабельность статуса женщин, становящихся инвалидами вследствие РМЖ, диктует необ-

ходимость их более детального обследования с целью формирования модельных групп с особенностями социальной реабилитации и ресоциализации.

3.2. Социальный портрет женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы в крупном промышленном городе

Наиболее проблемная зона, составляющая типичное поле экспертных конфликтов, в контексте психологии инвалидности, связана с процессом реабилитации а, следовательно, изменением статусной динамики (в нашем случае с установлением статуса «инвалид»). Понятие реабилитация в буквальном смысле касается изменения социального статуса человека и, в случае ее частичной реализации, чаще всего означает снижение группы инвалидности, либо в случае полной реабилитации, ее утрату. В целом данная ситуация представляет собой наиболее сложную социально-психологическую проблему, формирующую специфические феноменологические изменения самосознания, отношений и ряд парадоксов, разворачивающихся в социокультурных рамках «социум - болезнь - человек»¹²².

Смена статуса всегда психологически отражается на эмоциональном состоянии человека. Проследить это возможно на примере обычных житейских ситуаций, знакомых всем. Например: в ситуации замужества, развода, рождения детей, смерти супругов, потери работы, выхода на пенсию формируются определенные чувства, отражающие отношение человека к происходящим событиям, и к себе, как к непосредственному их участнику. Таким образом, изменение статуса, всегда означает психологическое испытание для

¹²² Морозова Е.В. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания – Дисс. канд. психол. наук. – Ярославль, 2008. – 248 с; Peppone L.J., Mustian K.M., Janelins M.C., et al. Effects of a structured weight-bearing exercise program on bone metabolism among breast cancer survivors: a feasibility trial // Clin. Breast Cancer. – 2010. – Vol. 10, № 3. – P. 224–229; Winters-Stone K.M., Dobek J., Bennett J.A., et al. The effect of resistance training on muscle strength and physical function in older, postmenopausal breast cancer survivors: a randomized controlled trial // J. Cancer Surviv. – 2012. – Vol. 6, № 2. – P. 189–199.

личности и по-прежнему остается одной из актуальных проблем в контексте инвалидности.

Психологически, одно из наиболее важных феноменологических проявлений при смене социального статуса – перестройка, дезинтеграция, либо разрушение важнейшей личностной структуры самосознания – идентичности, которая является фундаментом адаптации абсолютно для всех людей¹²³. Разрушение базисного личностного образования – идентичность, структура которого формируется в самосознании и отражает весь социальный и индивидуально-личностный опыт человека, является наиболее весомой утратой человека, при смене статуса в связи с динамикой инвалидности.

Одна из базовых функций идентичности – адаптационная, через ориентировку, понимание себя и своего места в окружающем мире, а также возможности и способности самореализации в нем. Также, сформированная устойчивая структура социальной и личностной (персональной) идентичности, обуславливает стабильность социального и межличностного взаимодействия, опосредованного имеющимися социальными статусами, что в виде маркеров можно наблюдать в структуре идентичности социально и психологически адаптированных людей¹²⁴.

Нами было проведено анкетирование на базе Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы Волгоградской области» женщин-инвалидов вследствие РМЖ (N=18).

В таблице 3.7 приведены основные сведения об этой модельной группе, свидетельствующие о том, что она репрезентативна в отношении региональной макросоциальной группы женщин-инвалидов вследствие РМЖ.

Таблица 3.7

Сравнительная характеристика женщин модельной группы

¹²³ Морозова Е.В. Структура идентичности, как фактор реабилитации личности // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2011. – № 3. – С. 67-72.

¹²⁴ Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией // Сибирский психиатр. журнал. – 2008. – Т. 27, № 1. – С. 67-71.

и женщин, впервые признанных инвалидами вследствие РМЖ

в г. Волгограде в 2005-2009 гг.

Показатель	Женщины-инвалиды по РМЖ г. Волгограда 2005-2009	Модельная группа
Всего под наблюдением	1030	18
Средний возраст, лет	51,4 ± 0,7	52,1 ± 1,1
Возрастной интервал, лет	27 – 71	33 – 63
РМЖ до операции: I стадия	7,6%	8,5%
II стадия	49,6%	50,1%
III стадия	35,0%	33,8%
IV стадия	7,8%	7,6%
Социальный статус: рабочие	54,5%	47,5%
служащие	45,5%	52,5%
Инвалидность: I группа	8,3%	-
II группа	64,3%	58,5%
III группа	27,4%	28,8%

Таким образом, были подвергнуты социологическому обследованию женщины преимущественно старше 44 лет, после радикальной мастэктомии по поводу РМЖ, имеющие социальный статус и коллективный «портрет» заболевания, репрезентативно отражающий ситуацию в г. Волгограде. Инвалиды I группы в модельную группу не были включены по этическим соображениям.

Распределение ответов на вопросы анкеты женщин-инвалидов г. Волгограда в нашей модельной группе приведено в табл. 3.8

Таблица 3-8

Результаты опроса женщин-инвалидов вследствие РМЖ (модельная группа)

Тестируемый признак	Вопрос и варианты ответов	Модельная группа	
Семейное положение и фертильность	Замужем	44,4%	
	Не замужем	55,5%	
	Есть дети	77,7%	
	Нет детей	22,2%	
Семейное положение и фертильность	Аборты в анамнезе: да	83,3%	
	нет	16,6%	
	Кормление детей грудью: *		
	1-3 месяца	11,1%	
Семейное положение и фертильность	3-6 месяцев	83,3%	
	Более 6 месяцев	5,5%	
	Эмоциональный фон в семье, коллективе	Отношение к Вам в семье:	
		Сочувствие	66,6%
Равнодушие		5,5%	
Сожаление		5,5%	
Непонимание		5,5%	
Эмоциональный фон в семье, коллективе	Поддержка	16,6%	
	Изменились ли взаимоотношения в семье?		
	Стали хуже	5,5%	
	Стали лучше	27,7%	
	Не изменились	66,6%	
Эмоциональный фон в семье, коллективе	Отношение к Вам коллег по работе *		
	Сочувствие	55,5%	
	Равнодушие	5,5%	
	Сожаление	11,1%	
	Непонимание	5,5%	
Эмоциональный фон в семье, коллективе	Поддержка	22,2%	
	Отношение к сфере здравоохранения и социальной работы	Забота государства об инвалидах:	
		Чувствуется	77,7%
		Нет	22,2%
	Отношение к сфере здравоохранения и социальной работы	Отношение лечащих врачей к Вам:	
Положительное		72,2%	
Отрицательное		16,6%	
Отношение к сфере здравоохранения и социальной работы	Безразличное	11,1%	
	Отношение к сфере здравоохранения и социальной работы	Отношение врачей МСЭ к Вам?	
		Положительное	94,4%
Отрицательное		0 %	
Безразличное		5,5%	

* - ответили на вопрос не все женщины модельной группы

РМЖ обычно диагностируется у женщин старше 44 лет, что связано с развитием менопаузы, а также снижением защитных функций женского организма. Серьезным фактором риска признаны нарушения менструальной, половой, репродуктивной и лактационной активности в течение предше-

ствующей жизни женщины ¹²⁵. Это утверждение подтверждается и нашим исследованием. Так, 55,5% опрошенных нами женщин-инвалидов больных раком молочной железы, на вопрос о семейном положении, указали, что они не замужем. Далее нами было выяснено, что 83% женщин ранее делали аборты, и только 5,5% кормили грудью своих детей более шести месяцев.

Последствия наличия опухоли молочной железы воспринимается как инвалидность на всю жизнь (89%). Данное известие отражается на психическом состоянии женщин. В случае онкологического заболевания, по мнению отечественных и зарубежных ученых, приравненного к глубочайшей психотравме, и последующей реабилитации, нередко больные нуждаются в пролонгированном психологическом сопровождении. Получить данное сопровождение они могут посредством индивидуальной программы реабилитации или в группах психологической реабилитации. Однако, проведенное нами исследование, показало, что большинство женщин (72%) после оперативного лечения РМЖ не участвуют в программах реабилитации ввиду различных психосоциальных причин.

Утрата любой части тела воспринимается психологически как разрушение целостного телесного образа, глубоко раня личность. Особенно, подобная травма тяжело переносится людьми, получившими в результате болезни внешний дефект, когда больные говорят «у меня нет груди, и она уже не вырастет!». Здесь нужно учитывать тяжесть полученного телесного дефекта, и принять во внимание, что у женщины удалена та часть тела, которая архетипически является одним из значимых телесных половых различий, и делает женщину, женщиной. Необходимо отметить, что для многих женщин мастэктомия является глубочайшей психотравмой, и до конца дней воспринимается ими как женская несостоятельность ¹²⁶.

¹²⁵ Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – № 3. – С. 11-13.

¹²⁶ Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Ванесян А.С. Использование опросника MAS SF-36 для изучения влияния реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных, перенесших радикальное

Установленный диагноз РМЖ требует длительного травматичного специального лечения. Эта психотравмирующая жизненная ситуация становится для женщины «глубинной психогенией». Она коренным образом изменяет ее жизненный стереотип, так как длительное время это событие сохраняет свою актуальность и эмоциональную окраску, что приводит к изменению психоадаптивных ресурсов личности и становится пусковым моментом в развитии психопатологической симптоматики ¹²⁷.

Радикальное хирургическое лечение (мастэктомия) вызывает у большинства больных развитие постмастэктомического синдрома, который включает специфические психоэмоциональные осложнения. Психологическая сторона проблемы описывается как симптомы, связанные с образом тела ¹²⁸. Самостоятельно выработать адекватную психологическую защиту и успешно справиться с эмоциональными трудностями могут только около трети женщин, больных РМЖ, остальные нуждаются в реабилитации ¹²⁹.

Повысить качество жизни, снизить глубину психогенных реакций, активизировать процесс адаптации к изменившейся жизненной ситуации позволяет своевременная комплексная реабилитация. Лечение женщин с диагнозом РМЖ можно считать успешно завершенным только в том случае, если женщина после реабилитации может вернуться к своим профессиональным обязанностям, полноценной жизни в обществе и семье ¹³⁰.

лечение по поводу рака молочной железы // Хирургия Украины. – 2011. – № 4 (40). – С. 99-103; Реконструктивная хирургия и реабилитация больных раком молочной железы / А.Д. Зикиряходжаев, В.А. Соболевский, С.С. Чистяков С.С. и др. // РМЖ. Приложение. Онкология. – 2011. – Т. 2, № 2. – С. 42-43; Неврологические аспекты хирургического лечения больных раком молочной железы / И.В. Обманов, М.Л. Ярыгин, В.И. Шмырев и др. // Российский онкологический журнал. – 2014. – № 1. – С. 8-12.

¹²⁷ Куприянова И.Е., Семке В.Я. Качество жизни и психическое здоровье. – Томск: РАСКО, 2004. – 121 с.

¹²⁸ Болдова Е.Г., Сдвижков А.М., Шостакович Б.В. Психиатрические исследования в онкологии // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 1. – С. 76-82

¹²⁹ Архипова И.В., Кокорина Н.П., Лопатин А.А. Психосоциальная реабилитация женщин с раком молочной железы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 66-68

¹³⁰ Мищук Ю.Е., Потапов Ю.Н., Степанчук Ю.Б. Оценка взаимозависимости между личностными особенностями и уровнем социального функционирования у больных раком молочной железы // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2008. – Т. 40, № 2. – С. 62-64.; Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Стражев С.В. Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2012. – № 1. – С. 8-13

Наше исследование показало, что к психологу обращается лишь 5,5% респондентов, тогда как хотели бы принять участие в группах психологической реабилитации (61,1%). Также большинство женщин (77,7%), после поставленного диагноза не обсуждают свое заболевание в интернет-форумах, полагаясь на свои собственные силы и поддержку семьи.

Групповая психотерапевтическая работа помогает участникам изменить психологические установки (рак – это неизлечимая болезнь; я утратила сексуальную привлекательность и т. п.), положительно влияет на их общее состояние и повышает жизненный тонус, укрепляет веру в собственные возможности достичь полного выздоровления. Женщины с похожей жизненной ситуацией оказывают эмоциональную поддержку друг другу, помогая тем самым преодолеть последствия стресса, связанные с удалением молочной железы, путем самораскрытия и самоосознания. Групповая психотерапия помогает участникам сформировать позитивный настрой на продолжение жизни в новых условиях. У женщин в процессе работы изменяются привычные навыки межличностных отношений, это положительно влияет на их возвращение в прежний круг общения (коллектив, семья, друзья). Благодаря внедрению реабилитационной программы у женщин с диагнозом РМЖ уменьшается аффективная симптоматика, снижается глубина психогенных реакций, что способствует повышению качества их жизни и ускорению социальной адаптации в семье и обществе.

В нашем анкетировании был задан блок вопросов, направленных на выяснение психоэмоционального фона в семье и коллективе. Так, попросив респондентов описать отношение родственников к изменившемуся состоянию здоровья, большинство заметили сочувствие – 66,6% и лишь 16,6% поддержку, равнодушными оказались 5,5%. Однако на взаимоотношениях в семье отрицательно это не сказалось. 66,6% женщин считают, что ничего не изменилось, а 27,7% заметили положительную тенденцию, которая наметилась в семье. В экзистенциальном смысле, лишь испытавший страдания утраты телесной целостности, способен оценить переживаемую в таких случаях

эмоциональную боль. Отношение в коллективе также играет немаловажную роль в процессе реабилитации. Полученные данные свидетельствуют о том, что менее трети коллег оказывает поддержку, около половины выражает сочувствие и 11,1% сожаление.

Отношение лечащих врачей положительное, так считает 72,2% респондентов. Однако полученный процент не является максимальным. А вот врачи медико-социальной экспертизы вызывают более радужное восприятие у женщин-инвалидов больных РМЖ, так указали 94,4% респондентов.

Безусловно, отличаются особенностями отношения врача и пациента в практике онкологических стационаров и отделений. С онкологией в первую очередь связан тяжелейший моральный фон этих отношений. Для онкологического больного характерны не просто страх или боязнь, а состояние отчаяния и ужаса. Они вызваны двумя причинами: убеждением большинства людей в неизлечимости рака и ожиданием неизбежности невыносимых страданий, сопровождающих это заболевание. При этом угнетенное состояние психики, страх, депрессия, неадекватное поведение оказываются не особенностями характера пациента, а формами проявления болезни и требуют адекватного, в свою очередь, отношения врача. Глубочайшие переживания онкологических больных не могут не отражаться на врачах, которые испытывают ежедневное моральное и эмоциональное перенапряжение. Специалистами фиксируется две крайних формы отношения врачей-онкологов отношения к пациентам. Первая форма – активное сопереживание, потеря хладнокровия, переживание состояния «перехлеста эмоций». Вторая форма – появление равнодушия и как результат - «соскок» в безразличие даже к летальным исходам после выполненных ими операций ¹³¹.

¹³¹ Когония Л.М., Федотов А.Ю. Анализ социологического опроса онкологических больных с целью выявления проблем в лечебном процессе // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 21, № 5. – С. 5-6; Результаты изучения некоторых аспектов профилактики раковых заболеваний и качества жизни онкологических пациентов / К.Р. Амлаев, А.А. Койчуев, З.Д. Махов и др. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 5 (140). – С. 21-25

Перечисленные формы – две крайности, предохранить себя от которых должен уметь врач-онколог. К сожалению, в процессе обучения медиков досконально изучаются симптомы рака, но будущие врачи не обучаются навыкам морально-эмоционального управления собой в профессии. Так, врач должен уметь избежать двух ошибочных форм общения с пациентами. Первая связана с навязчивым оптимизмом, т. е. с настойчивыми попытками внушения возможности непрямого излечения больного. Вторая – с пессимизмом и запугиванием пациента. Правильное отношение врача к пациенту – ориентировка на серьезность положения, необходимость обследований и длительное лечение.

Врач-онколог должен ориентировать себя на доброжелательную и терпеливую заботу, уметь взять на себя решение двух задач – сопротивление не только соматическим, но и морально-психическим недугам пациента. Рак молочной железы – болезнь урбанизации, т.е. её развитие, связано с чрезмерным стрессовым влиянием и нарушением образа жизни у женщин. В последнее время в Волгоградской области наметилась тенденция увеличения женщин, больных РМЖ, профессия которых связана по большей части со стрессовыми ситуациями, а не с тяжелым физическим трудом.

Нарушение лимфатического оттока из верхней конечности на стороне операции является основным осложнением радикального лечения первичного РМЖ. Клинически данное нарушение проявляется в виде лимфатического отека верхней конечности ¹³².

Постмастэктомический синдром — это сложный комплекс симптомов, включающий в себя, помимо грубых послеоперационных рубцов нередко с

¹³² Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Авданина Н.Е. Реабилитация больных раком молочной железы (лечение лимфатического отека). Методические рекомендации. – Кемерово, 2011. – 13 с; Пешкова О.В., Князева А.А., Авраменко О.Н. Комплексная физическая реабилитация женщин 40–50 лет после радикального лечения рака молочной железы в отдаленном периоде // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2012. – № 3 (31). – С. 101-107; Schmitz K.H., Troxel A.B., Cheville A., et al. Physical activity and lymphedema (the PAL Trial). Assessing the safety of progressive strength training in breast cancer survivors // Contemp. Clin. Trials. – 2009. – Vol. 30, № 3. – P. 233–245; Fife C.E., Davey S., Maus E.A., et al. A randomized controlled trial comparing two types of pneumatic compression for breast cancer-related lymphedema treatment in the home // Support Care Cancer. – 2012. – Vol. 20, № 12. – P. 3279–3286.

постлучевыми язвами в области удаленной молочной железы, патологию со стороны верхней конечности в виде лимфатического отека, нарушения венозного оттока и нервной проводимости (Андрианов О.В. с соавт., 2013). Возникновению постмастэктомиического отека (лимфостаза) верхней конечности способствует комплекс факторов, включающих оперативное лечение, сопровождающееся пересечением основных путей лимфатического оттока, лучевую терапию, приводящую к фиброзу и обструкциям лимфатических сосудов¹³³. В 23,0% случаев после операции по поводу РМЖ наблюдается переход отека верхней конечности в выраженный стойкий постмастэктомиический лимфостаз.

Классификация отека в зависимости от распространенности: I степень - отек всего плеча; II степень – отек всего плеча и предплечья; III степень - отек всей верхней конечности, также включая кисть. Отек верхней конечности (постмастэктомиический лимфостаз) наблюдается по данным разных авторов в 13,0 - 80,0% случаев¹³⁴. Часто сочетается с рецидивирующим рожистым воспалением данной области. Данные по Волгоградской области за 2012 год следующие: лимфостаз верхних конечностей I степени наблюдается у 14% прооперированных женщин, II степени – у 10% и III степени – у 4%.

Современные методы лечения РМЖ позволяют осуществить дифференцированный подход к разным группам пациенток и добиться если не удовлетворительных, то, по крайней мере, приемлемых результатов. За последние десятилетия достигнута положительная динамика в показателях выживаемости при данном заболевании.

¹³³ Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с.

¹³⁴ Шестопалова И.М. Ткаченко Г.А. Современные аспекты реабилитации больных раком молочной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2007. – № 3. – С. 47-49; Грушина Т.И. Реабилитация пациенток после радикального лечения первичного рака молочной железы с помощью методов физической терапии // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2011. – № 2. – С. 11-17; Некоторые вопросы профилактики онкозаболеваний и повышения качества жизни пациентов онкологического профиля / К.Р. Амлаев, А.А. Койчуев, М.Г. Гевандова, З.Д. Махов // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2012. – Т. 14, № 5-2. – С. 512-517.

К сожалению, ни современные усовершенствованные методы диагностики рака молочной железы, ни онкологическая настороженность врачей не дают серьезных, значимых результатов в улучшении ранней диагностики. Показатель «запущенности» (выявление на III–IV стадиях) при РМЖ в 2005-2009 годах составил 43 %, как видно из таблицы 1 за пять лет показатель в целом не изменился. Среди впервые выявленных больных РМЖ I–II стадии имели место в 57-58%, III стадии – в 35-36%, IV стадии – в 7-8% случаев.

Отдельная группа вопросов была задана женщинам в модельной группе относительно их представлений о РМЖ как социальной проблеме и отношению к современным подходам к социальной поддержке инвалидов вследствие этого заболевания (табл. 3-9).

Описанные результаты свидетельствуют в пользу того, что большинство женщин-инвалидов г. Волгограда позитивно настроены в отношении реабилитационных мероприятий, согласны активно в них участвовать, но остаются в уверенности, что инвалидность, полученная вследствие РМЖ, является их пожизненным уделом, и возвращение к состоянию полноценного труда и жизнедеятельности при этом заболевании невозможно.

Таким образом, мы охарактеризовали психосоциальный портрет женщины больной РМЖ и определили, что после мастэктомии возникает реальный косметический дефект, который усугубляет общую дистрессовую ситуацию, приводит к истощению психоадаптивных ресурсов женщины, влияет на её социальное и семейное положение, приводит к коррекции планов на будущее, ограничению привычных социальных контактов.

Уже на этапе диагностики злокачественной опухоли в молочной железе у больных начинают формироваться психические расстройства. При отсутствии своевременной коррекции они усугубляются до невротического уровня. Повышение уровня качества жизни возможно при своевременной коррекции расстройств, возникающих у женщин с диагнозом РМЖ.

Таблица 3-9

Мнения женщин модельной группы - инвалидов

вследствие РМЖ относительно своего заболевания
и подходов к социальной поддержке инвалидов

Тестируемый признак	Вопрос и варианты ответов	Модельная группа
Отношение к РМЖ	Считаете ли Вы, что диагноз РМЖ делает человека инвалидом на всю жизнь?	
	Да Нет	88,8% 11,1%
Необходимость психологической поддержки	Обращались ли Вы к психологу по поводу Вашего заболевания?	
	Да Нет	5,5% 94,4%
	Участвуете ли Вы в группах психологической поддержки для людей с РМЖ?	
	Да Нет	27,7% 72,2%
	Хотели бы стать участником такой группы?	
	Да Нет	61,1% 38,8%
	Нужно ли создавать такие группы?	
	Да Нет	100,0% 0
Необходимость индивидуальных программ реабилитации	Считаете ли Вы эффективной индивидуальную программу реабилитации?	
	Эффективна Неэффективна Не понимаю, о чем идет речь	83,3% 11,1% 5,5%
	Участвуете ли в форумах по РМЖ в Интернете?	
Участвую Не участвую Не пользуюсь Интернетом	22,2% 50% 27,7%	
	Испытываете ли Вы трудности в городской повседневной жизни?	
	Да Нет	11,1% 88,8%

Таким образом, приоритетными в реабилитации являются как увеличение выживаемости больных, приспособление к окружающей действительности, так и улучшение качества их жизни.

3.3. Качество жизни больных, признанных инвалидами после операции по поводу рака молочной железы и способы его повышения

Впервые дефиниция «качество жизни» была использована Pigon в 1920 г. в работе, посвященной вопросам экономики и благосостояния населения. В основе концепции оценки качества жизни заложен поиск и применения оптимального сочетания информативных, в том числе социальных, индикаторов для суждения о самом заболевании и эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий. Социальные индикаторы следует представлять себе как корректируемую гипотезу, а не произвольную формулировку, и, таким образом, они действуют в определенном социологическом контексте, позволяющем определить степень благосостояния и социального функционирования конкретного человека в конкретном социуме¹³⁵.

Попытки измерения качества жизни по объективным индикаторам содержатся в работах Д. Джонстона, Дж. Форрестера, Д. Медоуза, О.Г. Дмитриевой, В.А. Егорова, Ю.И. Калистратова и др. Однако наиболее важным представляется интегрированный, основанный на объективных и субъективных критериях, подход к оценке качества жизни.

Созданием социальных индикаторов для сравнительного анализа качества жизни в различных странах и созданием глобальных моделей качества жизни занимались Организация экономического сотрудничества и развития, статистическое бюро ООН, предложившие проект составления систематических обзоров статистической информации по важнейшим аспектам общественной жизни для определения "всемирного качества жизни". В 90-е годы XX в. ООН разрабатывает показатель индекса качества жизни по 173 странам мира. Индекс качества жизни учитывает следующие показатели: состояние

¹³⁵ Руководство по исследованию качества жизни / Под ред. Ю.Л. Шевченко. Изд. 2-е. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 2007 с; Лига М.Б. Качество жизни: генезис идей // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Философия, социология, культурология, социальная работа. – 2011. – № 4. – С. 237-244; Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007 // J. Exp. Clin. Cancer Res. – 2008. – Vol. 27, № 1. – P. 32-39.

здравоохранения и образования, продолжительность жизни, занятость населения, его покупательную способность и доступ к политической жизни ¹³⁶.

Довременные исследователи определяют качество жизни как интегральную характеристику жизнедеятельности субъекта и социума. Среда и система жизнедеятельности населения включают следующие показатели:

- Качество населения, характеризующееся ожидаемой продолжительностью жизни, уровнем образования, квалификацией, рождаемостью и смертностью и т.д.
- Благополучие населения, характеризующееся показателями уровня жизни – реальные доходы, их дифференциация, уровень потребления благ и услуг, уровень обеспечения мощностями инфраструктуры общества и т.д.
- Социальная безопасность или качество социальной сферы, характеризующееся уровнем условий труда, социальной защиты, физической и имущественной безопасности граждан, криминогенности и социально-политического здоровья общества и т.д.
- Качество окружающей среды или качество экологической ниши, характеризующееся загрязнением воздушного пространства, воды, качеством почвы, уровнем биоразнообразия и т.д.

Природно-климатические условия, характеризующиеся составом и объемами природно-сырьевых ресурсов, климатом, частотой и спецификой форс-мажорных ситуаций ¹³⁷.

Концептуально в понимании качества жизни можно выделить две категории - индивидуалистическую и трансцендентальную. В первом случае качество жизни определяется степенью, в какой субъект преуспевает в исполнении своих желаний, несмотря на существующие ограничения

¹³⁶ Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007 // J. Exp. Clin. Cancer Res. – 2008. – Vol. 27, № 1. – P. 32-39.

¹³⁷ Руководство по исследованию качества жизни / Под ред. Ю.Л. Шевченко. Изд. 2-е. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 207 с; Оленева И.В. Качество жизни и медико-социальная реабилитация инвалидов после радикального лечения рака молочной железы : Автореф. дис. ... кандидата мед. наук. – М., 2008. – 21 с; Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие / В. И. Петров, С. В. Недогода. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 144 с.

(религиозные, этнические, социальные и т.д.). При трансцендентальном подходе качество жизни подразумевает степень реализации функций субъекта в широком социальном контексте. Обе концепции, порознь не в состоянии адекватно и полноценно определить качество жизни, равно как и указать на такое общественное устройство, которое наилучшим образом обеспечило бы максимально возможное качество жизни для общества в целом и для индивидуумов ¹³⁸.

Существует определенная разрядность при характеристике качества жизни – деньги, время, способности, эмоции, с помощью которых возможен анализ положения людей по отношению друг к другу в определенных обстоятельствах и анализ обстоятельств в терминах, описывающих положение участвующих в них людей. Показатели качества жизни, определяемого состоянием здоровья, обычно отражают уровень функционирования субъекта и субъективно воспринимаемое им состояние своего здоровья и/или благополучия. Это отражает два фундаментальных свойства качества жизни – многокомпонентность и субъективизм в оценке ¹³⁹.

В связи с этим в понятие качества жизни может быть включено множество аспектов: физические, психические, социальные стороны жизни человека. С другой стороны, качество жизни является неким интегральным результирующим показателем, и поэтому зависит от степени тяжести заболевания, от воздействия лечебных мероприятий. Важной стороной качества жизни является возможность количественной оценки ухудшения или улучшения состояния больных в результате проведенного лечения или реабилитации ¹⁴⁰.

¹³⁸ Здоровье и качество жизни: учебное пособие / Под ред. С. Г. Плещица. – С.-Пб: Изд-во Санкт-Петербургского гос. ун-та экономики и финансов, 2011. – 239 с; Лига М.Б. Качество жизни: генезис идей // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Философия, социология, культурология, социальная работа. – 2011. – № 4. – С. 237-244

¹³⁹ Седова Н.Н. Правовые основы биоэтики. – М.: Триумф, 2004. – 224 с; Здоровье и качество жизни: учебное пособие / Под ред. С. Г. Плещица. – С.-Пб: Изд-во Санкт-Петербургского гос. ун-та экономики и финансов, 2011. – 239 с; Качество жизни населения и экология / Под общ. ред. Л. Н. Семерковой. – Пенза: ПГСХА, 2012. – 111 с.

¹⁴⁰ Chopra I., Kamal K.M. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors // Health Qual. Life Outcomes. – 2012. – Vol. 10. – R. 14.).

Для объективизации показателя качества жизни наиболее удачным оказался тестологический подход, который был заимствован из психологии и получил дальнейшее развитие и широкое распространение. Имея некий количественный показатель качества жизни (общий или его составляющих), полученный при тестировании (заполнении опросника), можно судить о качестве жизни больного в целом или о его динамике ¹⁴¹.

Наиболее важна оценка медицинских аспектов качества жизни у пациентов с хроническими заболеваниями. Во-первых, само заболевание не может не отразиться на всех сторонах жизнедеятельности больного, во-вторых, длительное, порой постоянное медикаментозное лечение, так или иначе, оказывает влияние на качество жизни пациента. Цель терапии для большинства пациентов с хроническими заболеваниями состоит не в лечении как таковом, а в улучшении их функционирования в результате уменьшения выраженности симптомов или ограничения прогрессирования болезни ¹⁴².

Значение определения качества жизни в клинической практике связано с двумя обстоятельствами. Во-первых, прямая связь качества жизни с выраженностью болезни существует далеко не всегда, так как оно во многом определяется субъективными представлениями больного о тяжести своего заболевания, а также о возможных ее последствиях. При этом имеют значение необходимость снижения трудовой активности, угроза инвалидности, изменения жизненных привычек. Во-вторых, нередко оценка эффективности лечения врачом и его пациентом может не совпадать. Так, для врача успешно проведенная операция при онкологических заболеваниях считается доказа-

¹⁴¹ Оленева И.В. Качество жизни и медико-социальная реабилитация инвалидов после радикального лечения рака молочной железы : Автореф. дис. ... кандидата мед. наук. – М., 2008. – 21 с; Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Ванесян А.С. Использование опросника MAS SF-36 для изучения влияния реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы // Хирургия Украины. – 2011. – № 4 (40). – С. 99-103; Качество жизни населения и экология / Под общ. ред. Л. Н. Семерковой. – Пенза: ПГСХА, 2012. – 111 с.

¹⁴² Шестопалова И.М. Ткаченко Г.А. Современные аспекты реабилитации больных раком молочной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2007. – № 3. – С. 47-49.

тельством хорошего эффекта лечения, тогда как больные отмечают при этом улучшение менее чем в половине случаев ¹⁴³.

Становится все более очевидным, что оценку эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных с онкологическими заболеваниями не следует ограничивать традиционными биомедицинскими показателями. Эта оценка должна включать характеристику медико-социального статуса как дополнительной информации о пациенте. Активность в повседневной жизни, работоспособность, способность выполнять социальные роли, интеллектуальную способность, эмоциональную удовлетворенность, удовлетворенность жизнью, т.е. качество жизни пациента ¹⁴⁴.

На уровень качества жизни влияют многие факторы. Его нарушения могут быть следствием самой болезни, ее диагноза, лечения и профилактики, наблюдения и контроля проводимого лечения. Влияние болезни очевидно при клинически выраженных проявлениях, вызывающих субъективные и объективные нарушения состояния здоровья, снижение функциональных возможностей и физиологических функций. Иная ситуация имеет место при бессимптомно протекающих заболеваниях, как при некоторых формах онкологических заболеваний или наличии только факторов риска определенного заболевания. В этих случаях не диагностированная болезнь может не влиять на качество жизни. Выявление такого заболевания, если диагноз становится известным субъекту, может влиять на качество жизни, вызывая модификацию жизни пациента ¹⁴⁵. Нередко только после установления диагноза у больного появляются те или иные неприятные ощущения, отсутствующие

¹⁴³ Попова Т.Н., Кузеванова Е.А. Качество жизни больных местно-распространенным раком молочной железы с прогрессированием заболевания после комплексного лечения // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – № 4. – С. 13-19. ; Качество жизни, связанное со здоровьем: оценка и управление / М.П. Дьякович, В.С. Рукавишников, П.В. Казакова и др. – Иркутск: НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, 2012. – 168 с

¹⁴⁴ Качество жизни – важный критерий эффективности таргетной терапии метастатического поражения скелета при раке молочной железы / Т.Ю. Семиглазова, В.В. Семиглазов, Л.В. Филатова и др. // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2013. – № 1-2. – С. 17-22. Мелихов В.В., Уколова О.Н. Интерпретация понятия «здоровье» применительно к людям с инвалидностью // Альманах современной науки и образования. – 2013. – № 5 (72).

¹⁴⁵ Пенарокомов А. Основы исследования качества жизни в онкологии // Врач. – 2013. – № 11. – С. 85-87.

ранее. Речь идет о так называемом «ярлычном эффекте», который выражается, в частности, в определенном ухудшении качества жизни, изменении отношения к труду. У рабочих промышленных предприятий эффект диагноза РМЖ проявляется в увеличении частоты уклонения от работы до 80% случаев по сравнению с 9% в общей работающей популяции ¹⁴⁶.

Как оказалось, качество жизни, связанное со здоровьем, более конкретно можно выразить в количественных показателях. С этой целью оценивают физическое, психическое и социальное функционирование пациента, для чего были созданы многочисленные опросники. С их помощью исследуют общее состояние здоровья, «профиль влияния болезни»; измеряют тяжесть течения, симптоматику, функциональную недостаточность при том или другом заболевании ¹⁴⁷.

Анализ существующих методик оценки качества жизни показывает, что большинство из них охватывают пять основных аспектов этого понятия: физическое состояние (физические ограничения, физические способности, физическое благополучие); психическое состояние (уровни тревог и депрессии, психологическое благополучие, контроль эмоций и поведения, познавательные функции); социальное функционирование (межличностные контакты, социальные связи); ролевое функционирование (ролевое функционирование на работе, дома) и общее субъективное восприятие состояния своего здоровья (оценка настоящего состояния и его перспективы) ¹⁴⁸.

Очевидно изменение содержания клинической медицины в связи с введением в нее понятия «качество жизни». И, прежде всего это связано с воз-

¹⁴⁶ Жогина Ж.А., Мусабаева Л.И., Великая В.В. Отдаленные результаты комплексного лечения с предоперационной нейтронной терапией и качество жизни больных местно-распространенным раком молочной железы // Радиационная онкология и ядерная медицина. – 2011. – № 1. – С. 51-56.

¹⁴⁷ Качество жизни, связанное со здоровьем: оценка и управление / М.П. Дьякович, В.С. Рукавишников, П.В. Казакова и др. – Иркутск: НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, 2012. – 168 с; Качество жизни населения и экология / Под общ. ред. Л. Н. Семерковой. – Пенза: ПГСХА, 2012. – 111 с.

¹⁴⁸ Косенкова О.И., Макарова В.И. Проблема качества жизни в современной медицине // Экология человека. – 2007. - № 11. – С. 29-31; Бехер О.А., Слонимская Е.М., Куприянова И.Е. Уровень тревоги у женщин, страдающих раком молочной железы // Сибирский онкол. журнал. – 2008. – № 2. – С. 26–27; Лига М.Б., Щеткина И.А. Качество жизни: организационно-управленческий аспект. – Новосибирск: Наука, 2011. – 226 с

растанием значения субъективного фактора, отношения самого пациента к болезни. Как раздел естествознания медицина подвергается соблазну технизма, когда проведение новейших исследований становится целью клинической работы. С ориентацией медицины на качество жизни пациента происходит гуманизация клинической практики. В контекст истории болезни включается в большей мере индивидуальность пациента, жалобы больного перестают играть вспомогательную роль, но учитываются как важнейший самостоятельный элемент. Не случайно возрастающее число исследований по качеству жизни совпадает с трансформацией медицинской этики, в которой на первый план выдвигаются принцип уважения личности пациента, предоставление ему необходимой информации, возможность осуществления контроля за ходом исследования и (или) лечения, "терапевтическое сотрудничество" - участие больного в процессе оказания ему медицинской помощи ¹⁴⁹.

Метод оценки качества жизни, связанного со здоровьем, имеет широкие возможности. В нашей работе мы будем рассматривать качество жизни как критерий оценки эффективности лечения.

В международной клинической практике большое количество работ посвящено исследованию качества жизни пациентов при оценке эффективности проводимого лечения: различных программ лекарственной терапии, комбинированных методов лечения. В тех случаях, когда используются радикальные вмешательства (например, хирургические операции), важным результатом является субъективная оценка больным своего состояния, которое может изменяться в широком диапазоне в зависимости от побочных эффектов вмешательства (эмоциональное состояние женщины после проведения калечащей радикальной мастэктомии). В связи с этим качество жизни имеет значение одного из основных показателей успешного лечения ¹⁵⁰.

¹⁴⁹ Анализ показателей качества жизни больных раком молочной железы / Э.Э. Топузов, М.Н. Касянова, Ю.В. Плотников и др. // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 3 (40). – С. 223-225.

¹⁵⁰ Delgado-Sanz M.C., García-Mendizábal M.J., Pollán M., et al. Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review // Health Qual. Life Outcomes. – 2011. – Vol. 9. – R. 3; Chopra I., Kamal K.M. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors // Health

Качество жизни – показатель эффективности реабилитационных программ. Исследование качества жизни пациента позволяет осуществлять мониторинг состояния больного в процессе реабилитации, отличать осложнения в течение заболевания и побочные эффекты лечения. На основании данных о качестве жизни могут разрабатываться комплексные программы реабилитации при различных заболеваниях. Возможность выздоровления больного и эффективная социализация в значительной степени определяются качеством жизни пациента на этапах реабилитации ¹⁵¹.

По данным исследований, основное инвалидизирующее действие оказывает не сам РМЖ, а именно радикальное лечение, которое ведет к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации, по масштабам и характеру превосходящей и заметно отличающейся от инвалидизации при многих других онкологических заболеваниях. В ходе детального изучения наиболее конструктивных механизмов психологической защиты у женщин после радикального лечения рака молочной железы выявлено, что психические расстройства в виде осложненных реакций горя и тяжелой утраты встречаются в 96,1 % наблюдений ¹⁵².

При исследовании социально-психологического статуса обнаружено, что у 30 % больных после мастэктомии нормальной социальной адаптации не происходило даже после психотерапии и наружного протезирования груди. Существует множество проблем наружного протезирования груди, поэтому современная концепция реабилитации не рассматривает эктопротезы в каче-

Qual. Life Outcomes. – 2012. – Vol. 10. – R. 14; Befort C.A., Klemp J.R., Austin H., et al. Outcomes of a weight loss intervention among rural breast cancer survivors // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2012. – Vol. 132, № 2. – P. 631–639

¹⁵¹ Бугайцов С.Г. Восстановление трудоспособности и ресоциализация больных раком молочной железы // *Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия.* – 2006. – № 2. – С. 19-22; Анализ показателей качества жизни больных диссеминированным раком молочной железы, получавших различные режимы гормонотерапии в зависимости от возраста / Д.С. Мирзоева, Д.З. Зикиряходжаев, С.Г. Раджабова, Ф.Г. Солиев // *Вестник Авиценны.* – 2012. – № 2 (51). – С. 88-91; Лига М.Б., Щеткина И.А. Качество жизни: организационно-управленческий аспект. – Новосибирск: Наука, 2011. – 226 с; Ранняя выписка и курация больных раком молочной железы по способу «стационар на дому» как перспективное направление для ранней реабилитации онкологических больных / Р.Ш. Хасанов, И.М. Шаймуратов, Р.Ш. Камалетдинов и др. // *Вестник современной клинической медицины.* – 2012. – Т. 5, № 1. – С. 20-23.

¹⁵² Анализ показателей качества жизни больных диссеминированным раком молочной железы, получавших различные режимы гормонотерапии в зависимости от возраста / Д.С. Мирзоева, Д.З. Зикиряходжаев, С.Г. Раджабова, Ф.Г. Солиев // *Вестник Авиценны.* – 2012. – № 2 (51). – С. 88-91.

стве полноценных компонентов реабилитации. Реконструктивно-пластические операции у больных РМЖ в настоящее время рассматриваются как этиотропное лечение психических расстройств, связанных с утратой женственности и целостности собственного образа ¹⁵³.

Анализируя ситуацию с качеством жизни женщин-инвалидов вследствие РМЖ, Ю.А. Арбина ¹⁵⁴ показывает, что относительно более высокие показатели качества жизни характеризуют пациенток, которым были произведены органосохраняющие операции на молочной железе.

Анализ качества жизни, проведенный с применением общего опросника SF-36. У 473 пациенток в комплексе систематической реабилитации после радикального лечения РМЖ, проводились мероприятия в условиях дневного стационара, включающие активные физические нагрузки, использование компрессионного рукава получены более высокие показатели качества жизни по результатам опросника SF-36 ($74,62 \pm 3,77$), в сравнении с показателями в контрольной группе без использования дневного стационара ($58,80 \pm 4,27$). Между улучшением качества жизни и временем после радикального лечения рака молочной железы в основной группе отмечается прямая линейная корреляционная зависимость ¹⁵⁵.

Для получения более полного представления о качестве жизни, релевантном здоровью, при РМЖ целесообразно рассматривать данную характе-

¹⁵³ Влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных раком молочной железы в отдаленном периоде / Г.А. Ткаченко, Х.С. Арсланов, В.А. Яковлев и др. // Вопросы онкологии. – 2008. – Т. 54, № 6. – С. 724-728; Одномоментная реконструкция молочной железы при раке (обзор литературы) / Рагозина М.Р., Самойленко В.М., Федун А.А. и др. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2009. – № 4. – С. 97-105; Эстетические результаты реконструктивно-пластических операций при злокачественных опухолях молочных желез / В.В. Рыбачков, Д.А. Петровский, А.А. Васильев и др. // Креативная хирургия и онкология. – 2011. – № 3. – С. 78-80; Дмитриев А.А., Каретникова Е.С. Влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни пациенток с раком молочной железы // Пластическая хирургия и косметология. – 2012. – № 4. – С. 573-576; Блохин С.Н., Суздальцев И.В., Надеин К.В. Хирургическая реабилитация больных после радикального лечения рака молочной железы // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 88-89.

¹⁵⁴ Арбина Ю.А. Качество жизни в онкологической практике (на примере рака молочной железы) // Бюллетень мед. интернет-конференций. – 2012. – Т. 2. – № 2. – С. 93

¹⁵⁵ Оленева И.В. Качество жизни и медико-социальная реабилитация инвалидов после радикального лечения рака молочной железы : Автореф. дис. ... кандидата мед. наук. – М., 2008. – 21 с.

ристику как совокупность показателей, отражающих изменения, вызванные болезнью, в следующих субсферах¹⁵⁶.

- Общее качество жизни и состояние здоровья.
- Боль и дискомфорт.
- Жизненная активность, энергия и усталость.
- Сон и отдых.
- Положительные эмоции.
- Познавательные функции.
- Самооценка.
- Образ тела и внешность.
- Отрицательные эмоции.
- Подвижность.
- Способность выполнять повседневные дела.
- Зависимость от лекарств и лечения.
- Способность к работе.
- Личные отношения.
- Практическая социальная поддержка.
- Сексуальная активность.
- Свобода, физическая безопасность и защищенность.
- Окружающая среда дома.
- Финансовые ресурсы.
- Медицинская и социальная помощь (доступность и качество).
- Возможности для приобретения новой информации и навыков.
- Возможности для отдыха и развлечений и их использование.

¹⁵⁶ Косенкова О.И., Макарова В.И. Проблема качества жизни в современной медицине // Экология человека. – 2007. - № 11. – С. 29-31; Лига М.Б. Качество жизни: генезис идей // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Философия, социология, культурология, социальная работа. – 2011. – № 4. – С. 237-244.; Современная концепция исследования качества жизни в онкологии / А.Ю. Ненарокомов, Д.Л. Сперанский, Э.В. Аревшатов, А.Ю. Мудрый // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2-2. – С. 421-425.; Ненарокомов А. Основы исследования качества жизни в онкологии // Врач. – 2013. – № 11. – С. 85-87

- Окружающая среда.
- Транспорт.
- Духовность/религия/личные убеждения.

Рассмотрим подробнее выше перечисленные субсферы оценки качества жизни применительно к женщинам с РМЖ.

Общее качество жизни и состояние здоровья на сегодняшний день определяется двумя основными критериями – степенью инвалидизации и степень выраженности последствий заболевания (постмастэктомический синдром). При этом мало внимания уделяется влиянию РМЖ на общее соматическое состояние и наличие сопутствующих заболеваний. Расширение параметров оценки данной субсферы будет способствовать объективизации и повышению качества клинико-социальной экспертизы.

Оценка наличия и степени выраженности болевых ощущений и физического дискомфорта, вызванных болезнью, является важной составляющей определения соматически обусловленной составляющей показателя качества жизни. Женщины с РМЖ часто испытывают значительный физический дискомфорт, особенно если речь идет о радикальном способе лечения (мастэктомии). Болевые ощущения могут быть вызваны различными факторами, однако их влияние на общее состояние здоровья и самочувствие больной неоспоримо.

При оценке физического состояния женщин с РМЖ важно учитывать не только клинические проявления болезни, которые на сегодняшний день являются основным параметром оценки, но и такие параметры как уровень жизненной активности и энергии, а также качество сна и отдыха. Физическое и психологическое состояние, обусловленное проявлениями болезни, негативно сказываются на продолжительности и качестве сна, что в свою очередь приводит к истощению жизненных сил и накоплению усталости, в целом

снижая качество жизни больных ¹⁵⁷. Учет данного параметра при проведении медико-социальной экспертизы важен, прежде всего, с прогностической точки зрения, особенно при определении продолжительности восстановительного периода и перспектив излечения, а также при разработке индивидуальных планов реабилитации женщин с РМЖ.

Оценка психологического состояния и перспектив восстановления предполагает изучение изменений основных психологических функций и показателей.

При оценке субсферы «Положительные эмоции» важно учитывать не только отклонение от среднестатистического показателя, характерного для здоровых людей, но и индивидуальные особенности личности женщины. Однако, несмотря на индивидуальный характер данного показателя, его оценка имеет большое значение при прогнозировании развития депрессивных расстройств, которые, как указывалось выше, являются достаточно распространенным последствием заболевания РМЖ.

Изучение изменений познавательных функций женщин с РМЖ играет важную роль при составлении прогноза эффективности последующей социальной и трудовой реабилитации. При значительном снижении такой функции женщинам сложнее адаптироваться к своему новому состоянию, усваивать навыки, необходимые для восстановления трудовой и социальной активности. Женщины со сниженной познавательной активностью вследствие перенесенного заболевания отличаются высокой степенью пассивности и более склонны негативно оценивать свое состояние, что не может не сказываться на успешности реабилитационных мероприятий.

Как уже упоминалось в пункте 3.2. настоящей работы, больше всего у женщин с РМЖ страдает самооценка (около 89% считают, что заболевание ведет к инвалидности на всю жизнь). Снижение самооценки является одним

¹⁵⁷ Братик А.В. Реабилитация с использованием гипоксии при раке молочной железы (обзор) // Вестник восстановительной медицины. – 2013. – № 1. – С. 68-71; Cho M.H., Dodd M.J., Cooper B.A., Miaskowski C. Comparisons of exercise dose and symptom severity between exercisers and nonexercisers in women during and after cancer treatment // J. Pain Symptom. Manage. – 2012. – Vol. 43, № 5. – P. 842–854.

из наиболее значимых факторов ограничения социальной активности, препятствующим реабилитации. Изучение изменения самооценки на различных этапах лечения и в практике медико-социальной экспертизы позволяет составить более точный прогноз психологического состояния женщины и определить перспективы инвалидизации, обусловленной психологическими причинами. Кроме того, ранняя диагностика снижения самооценки у женщин с РМЖ позволяет своевременно оказывать им адекватную психологическую помощь и поддержку, что впоследствии может значительно повысить качество жизни пациенток по данному критерию.

Уровень самооценки у женщин с РМЖ во многом сопряжен с оценкой ими образа собственного тела и внешности. Наибольшее значение данный критерий приобретает при обследовании больных, перенесших мастэктомию. Негативная оценка образа тела и внешности при отсутствии хирургического вмешательства может быть вызвана изменениями состояния кожных покровов, последствиями химиотерапии и другими факторами. При появлении резко негативной оценке образа тела и внешности качество жизни пациентки значительно снижается при одновременном возрастании риска развития депрессивных расстройств. Стыдясь своей внешности и тех изменений, которые произошли с ее телом, женщина сознательно ограничивает социальную активность, стремится к одиночеству, тем самым снижая собственные шансы на успешную реабилитацию ¹⁵⁸(Казанцева М.В., 2012;).

Отсюда следующим параметром, нуждающимся в оценке при проведении медико-социальной экспертизы, является уровень отрицательных эмоций. Данный параметр оказывает влияние на отношение женщины к заболеванию, что в конечном итоге, как отмечалось ранее, способствует ухудше-

¹⁵⁸ Стражев С.В., Копосов П.В., Белоногов А.В. Вопросы реабилитации и профилактики нежелательных явлений у больных, страдающих раком молочной железы и получающих антиэстрогенную терапию // Антибиотики и химиотерапия. – 2012. – Т. 57, № 1-2. – С. 32-40; Казанцева М.В. Результативность нового профилактического проекта «Онкопатруль» в ранней диагностике злокачественных новообразований молочной железы и повышении качества жизни больных после проведенного лечения // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4. – С. 67.

нию ее психологического состояния и повышению риска инвалидизации. Высокий уровень отрицательных эмоций, связанных с заболеванием, является прямым показанием к назначению обязательного посещения психолога и/или групп психологической поддержки и реабилитации.

Далее оцениваются параметры социальной сферы, оказывающие непосредственное влияние на степень социальной адаптации и реабилитации больных РМЖ.

Первым параметром для определения социальных аспектов качества жизни, релевантного здоровью, больных с РМЖ является степень ограничения мобильности и независимости в способности передвигаться с места на место («Подвижность»). При этом важно обращать внимание не только на клинические ограничения. Но и ограничения, связанные с индивидуальным восприятием болезни женщиной. При своевременном выявлении ограничений подвижности, вызванных психологическими причинами существует возможность оказания адекватной медицинской и психосоциальной помощи для преодоления клинически необоснованного снижения качества жизни по данному параметру. Учитывая, ранее обоснованный тезис о наличии прямой зависимости между восприятием болезни и степенью последующей инвалидизации, определение ограничений подвижности пациенток с данной точки зрения может способствовать снижению уровня инвалидизации среди женщин с РМЖ.

Показатель изменения способности выполнять повседневные дела оценивается сегодня на основе учета клинических параметров, в то время как на практике многие ограничения носят индивидуальный психологический характер. Способность выполнять повседневные дела определяет, в том числе социальную активность и скорость реабилитации. При значительном снижении данного показателя прогнозы восстановления также снижаются. Оценка данного показателя должна быть одним из ключевых параметров при определении потребности в социальной и психологической реабилитации женщин с РМЖ.

Зависимость от лекарств и лечения (медицинского и альтернативного) в определении качества жизни релевантного здоровью для женщин с РМЖ на сегодняшний день является одним из наиболее разработанных и применяемых критериев¹⁵⁹. Здесь важную роль играет клинический прогноз и физиологические параметры восстановления при различных типах заболевания и выбранного метода лечения.

Инвалидизация женщин с РМЖ напрямую влияет на такой показатель качества жизни как способность к работе. Центральное место при оценке данного показателя занимают клиническая оценка степени ограничения трудоспособности, которая, как указывалось ранее, не отражает полную картину и реальную способность вернуться к трудовой деятельности. Оценка способности к труду на основе применения комплексных методик, учитывающих психологическую готовность и уровень трудовой адаптации, позволит значительно повысить качество медико-социальной экспертизы и индивидуальных реабилитационных программ¹⁶⁰.

Личные отношения являются важной составляющей повседневной жизни человека, поэтому их оценка в контексте определения уровня жизни, релевантного здоровью, для женщин с РМЖ является необходимой.

Согласно данным собственного исследования, большинство женщин с РМЖ (66,6%) отметили отсутствие изменений в семейных отношениях. При этом преобладающим отношением (66,6% опрошенных) является сочувствие, что считается в целом положительной тенденцией. Однако некоторые женщины отмечают равнодушное (5,5%) или непонимающее (5,5%) отношение близких к заболеванию, что не может не сказываться на качестве личных отношений и, как следствие, на качестве жизни больных.

¹⁵⁹ Масляков В.В., Лёвина В.А., Накаева Е.Ю. Качество жизни и послеоперационная реабилитация больных раком молочной железы // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2014. – Т. 9, № 1 (33). – С. 26-29.

¹⁶⁰ Домашенко Е.В. Медико-социальные аспекты инвалидности и современные подходы к медико-социальной экспертизе при злокачественных новообразованиях женских половых органов: Автореф. дис. ... кандидата мед. наук. – М., 2011. – 21 с

Сопутствующим фактором, который должен оцениваться в сочетании с показателем изменения личных отношений, является практическая социальная поддержка. Как показало авторское исследование при сочувственном отношении со стороны близких, лишь малая часть больных чувствует поддержку и возможность получить практическую помощь со стороны семьи (16,6%) и несколько большая часть коллег (22,2%). Данный параметр во многом определяет перспективы дальнейшей социальной реабилитации и успешность возвращения к трудовой деятельности, что особенно важно для женщин трудоспособного возраста. Оценка уровня практической социальной поддержки при определении качества жизни, релевантного здоровью, для женщин с РМЖ также является значимой с точки зрения организации и планирования индивидуальной реабилитации.

Учитывая выявленную тенденцию к омоложению женщин с РМЖ, следующий критерий для определения качества жизни, релевантного здоровью, - сексуальная активность, приобретает все большее значение. Особенно важно оценивать данный параметр в категории женщин, состоящих в браке, поскольку снижение сексуальной активности в данном случае оказывает влияние на общее психологическое состояние и качество семейных отношений. На сегодняшний день уровень сексуальной активности в практике медико-социальной реабилитации женщин с РМЖ остается без внимания, что в свою очередь негативно сказывается на эффективности разрабатываемых реабилитационных программ.

Субсфера свободы, физической безопасности и защищенности является одним из показателей психологической сферы качества жизни. Женщины с РМЖ, особенно в случае проведения хирургического вмешательства, склонны опасаться повторения заболевания, метастазов и других последствий заболевания. Эти опасения в значительной мере снижают качество жизни по параметрам физической безопасности и защищенности. Своевременное выявление таких опасений при благоприятном клиническом прогнозе является

показанием к применению различных методов психологической поддержки и реабилитации ¹⁶¹.

Показатель влияния домашней обстановки на качество жизни женщин с РМЖ в большинстве случаев не связан непосредственно с состоянием здоровья, однако необходимо учитывать условия проживания и атмосферу в доме при составлении риска по социальным показателям. При наличии неблагоприятной обстановки дома возможен выбор альтернативных программ реабилитации с пребыванием в учреждениях санаторно-курортного типа. Кроме того, учет данного показателя важен с точки зрения изучения социальных предикторов инвалидизации и последующего снижения качества жизни, релевантного здоровью ¹⁶².

Оценка финансовых возможностей и степени удовлетворения жизненных потребностей во многом идентична оценке предыдущей субсферы, поскольку также не связана непосредственно с состоянием здоровья. Однако при резком изменении финансового положения вследствие болезни данный показатель является одним из наиболее значимых при определении качества жизни. Особенно болезненно изменение финансового положения склонны воспринимать женщины с РМЖ, имеющие значительную степень ограничения трудоспособности, не состоящие в браке, не получающие адекватной социальной поддержки. Такие женщины составляют группу риска по развитию депрессивных расстройств ¹⁶³.

¹⁶¹ Архипова И.В. Групповая психотерапия в психосоциальной реабилитации женщин с диагнозом рака молочной железы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 2. – С. 109-111; Braithwaite D., Satariano W.A., Sternfeld B., et al. Long-term prognostic role of functional limitations among women with breast cancer // J. Natl. Cancer Inst. – 2010. – Vol. 102, № 19. – P. 1468–1477

¹⁶² Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Медико-социологическое обоснование реабилитации онкологических больных // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2. – С. 447; Winters-Stone K.M., Dobek J., Bennett J.A., et al. The effect of resistance training on muscle strength and physical function in older, postmenopausal breast cancer survivors: a randomized controlled trial // J. Cancer Surviv. – 2012. – Vol. 6, № 2. – P. 189–199.

¹⁶³ Тришкина Е.А. с соавт., 2009; Hegel M.T., Lyons K.D., Hull J.G, et al. Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone-delivered problem solving-occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy // Psychooncology. – 2011. – Vol. 20, № 10. – P. 1092–1101

Качество жизни, релеванное здоровью, напрямую зависит от доступности и качества медицинской и социальной помощи.

Как показало собственное исследование, многие женщины сталкиваются с безразличным или даже отрицательным отношением врачей в больницах и поликлиниках (рис. 3-7).

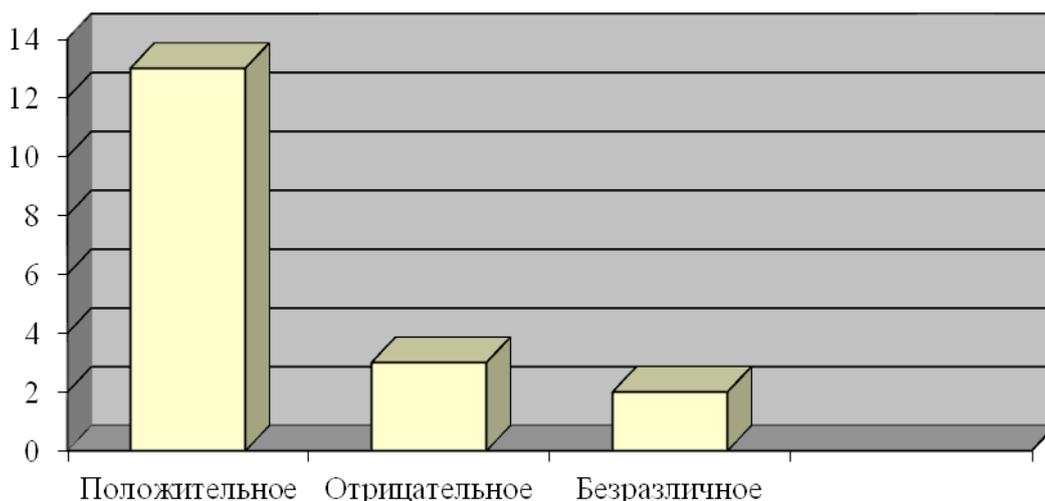


Рис. 3-7. Оценка женщинами с РМЖ отношения врачей в больнице и поликлинике.

При этом женщины отмечают в целом положительное отношение со стороны врачей медико-социальной экспертизы (96,6% опрошенных). Кроме того, большинство респондентов отметили наличие заботы государства об инвалидах и эффективность индивидуальных программ реабилитации (ИПР).

Однако остается категория женщин с РМЖ, которые не отмечают поддержки со стороны государства (22,2%) и неэффективность ИПР (11,1%). Примечательно, что 5,5% опрошенных не осведомлены о наличии индивидуальных программ реабилитации и их содержании.

Полученные данные позволяют говорить о необходимости повышения качества и доступности медицинских и социальных услуг для женщин с РМЖ с целью повышения интегрального показателя качества жизни, релевантного здоровью.

Существенное влияние на качество жизни оказывает наличие возможностей для приобретения новой информации и навыков. Данный показатель также сказывается на качестве оказания медико-социальной помощи женщинам с РМЖ, поскольку от степени информированности пациенток о состоянии здоровья.

На сегодняшний день большая часть информации о РМЖ, лечении и программах реабилитации размещается в сети Интернет, поскольку данный информационный канал считается наиболее эффективным. Однако при этом не учитывается категория женщин, не имеющих доступа к Интернету (по данным авторского исследования это 27,7%). Данная категория не имеет возможности получать полную информацию, участвовать в обсуждениях и форумах. Отсутствие разнообразных источников информации о собственном заболевании приводит к большому количеству заблуждений и неверному восприятию собственного состояния и жизненных перспектив, что не может не сказываться на качестве жизни пациенток.

Таким образом, для повышения качества жизни пациенток с РМЖ необходима организация всестороннего информирования и проведение индивидуальной разъяснительной работы с женщинами.

На качество жизни пациенток с РМЖ также оказывают влияние наличие возможностей для отдыха и развлечений и их использование. Поскольку РМЖ является серьезным заболеванием, клиническое течение и последствия которого могут ограничивать возможности отдыха и развлечения, при проведении медико-социальной экспертизы необходимо оценивать потенциальные возможности по данному параметру индивидуально. Отсутствие возможностей или значительные ограничения развлечений и отдыха в связи с заболеванием могут не только снизить качество жизни, но и негативно влиять на продолжительность и успешность реабилитации с повышением риска инвалидизации и отягчения последствий РМЖ. Кроме того, длительное отсутствие или ограничение возможности двигательной активности и развлечений, связанное с заболеванием приводит к ухудшению психологического само-

чувствия и способствует развитию депрессивных расстройств ¹⁶⁴, поэтому организация доступного и соответствующего клиническим показаниям отдыха и развлечений для женщин с РМЖ является одним из важных направлений в повышении общего качества жизни, релевантного здоровью.

Оценка возможности пользования различными видами транспорта является важным критерием для определения качества жизни. При наличии значительных ограничений использования транспортных средств, человек вынужден ограничивать социальную активность, возможности проведения досуга и отдыха. Что касается женщин с РМЖ, то большинство из них согласно авторскому исследованию не испытывает значительных затруднений при пользовании транспортом в городских условиях.

Исследование влияния окружающей среды на качество жизни, релевантное здоровью, применяются обычно при экспертизе таких заболеваний, течение которых зависит от каких-либо характеристик такой среды. РМЖ не имеет специфических показаний относительно условий проживания, климатических и других характеристик окружающей среды. Однако мониторинг данного параметра в масштабе региона позволяет выявлять наиболее неблагоприятные районы и прогнозировать рост заболеваемости в связи с ухудшением экологических условий.

В качестве дополнительных параметров при оценке качества жизни предлагается использовать субсферу духовности, религии и личных убеждений. С точки зрения определения качества жизни, релевантного здоровью, для женщин при РМЖ данный показатель имеет значение при оценке потребности в психологической реабилитации и выборе направлений индивидуальной психологической помощи ¹⁶⁵.

¹⁶⁴ Грушина Т.И. Реабилитация пациенток после радикального лечения первичного рака молочной железы с помощью методов физической терапии // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2011. – № 2. – С. 11-17; Ligibel J.A., Meyerhardt J., Pierce J.P., et al. Impact of a telephone-based physical activity intervention upon exercise behaviors and fitness in cancer survivors enrolled in a cooperative group setting // Breast Cancer Res. Treat. – 2012. – Vol. 132, № 1. – P. 205–213.

¹⁶⁵ Ляшенко Я.Ю. Рак молочной железы. Психологическая помощь в условиях лечебного учреждения // Новообразование. – 2007. – № 1. – С. 114-117; Ненарокомов А. Основы исследования качества

Таким образом, современная концепция качества жизни, релевантного здоровью, для женщин с РМЖ основывается на комплексном изучении и оценке основных клинических, психологических и социальных показателей. При этом приоритетное значение имеет восстановление социальной и трудовой активности с учетом индивидуальных особенностей личности и течения заболевания.

Определение и коррекция отношения к заболеванию также играет важную роль при обеспечении повышения качества жизни, релевантного здоровью.

Авторское исследование подтвердило наличие у некоторых категорий женщин с РМЖ субъективных оценок, снижающих интегральные показатели качества жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтвердило выдвинутую во Введении к данной работе гипотезу, а его результаты доказали справедливость положений, вынесенных на защиту. По итогам исследования сформулированы выводы и практические рекомендации.

ВЫВОДЫ

1. Рак молочной железы занимает ведущее место в структуре онкологических заболеваний женщин и вносит существенный вклад в инвалидизацию женщин Волгоградской области. За период с 2005 по 2009 год отмечено неуклонный рост инвалидизации вследствие РМЖ с 405 до 499 женщин ежегодно, в среднем на 5,5% в год по региону в целом, на 6,6% - по г. Волгограду (на 23,2% и 29,0% за пятилетие, соответственно). Уровень первичной инвалидности вследствие РМЖ в Волгоградской области за исследуемый период увеличился, варьировал 2,01 до 2,61 на 10 тыс. населения, составляя в среднем в год 2,33 на 10 тыс. населения.

2. Изменение медико-экологических стандартов образа жизни, социальный статус, уровень доходов и неравенство в их распределении, бедность, высокие психоэмоциональные нагрузки, неравенство в распоряжении ресурсами здоровья; различия в доступности специализированной медицинской помощи являются ведущими социальными предикторами онкологических заболеваний у женщин. Основную долю социальной группы женщин-инвалидов вследствие РМЖ в Волгоградской области составляют лица возраста старше 45 лет (88,1%), по группе инвалидности - инвалиды II или III группы (92,9%), имеющие высшее или среднее профессиональное образование (72,5%), с примерно равным соотношением рабочих профессий и служащих до наступления инвалидности. В структуре инвалидности вследствие РМЖ преобладают лица с РМЖ I и II стадией заболевания (59,1%). По клинко-морфологической форме преобладает инфильтративно-протоковый рак (67,7%), реже дольковый рак (21,9%), другие формы рака составляют в сово-

купности около 20%. Эти факторы оказывают существенное влияние на медико-социальный прогноз инвалидов вследствие РМЖ.

3. Современное состояние здравоохранения и медико-социальных служб, а также общая социальная обстановка в современной России определяют объективные ограничения доступности специализированной онкологической помощи в медицинской реабилитации большинства женщин-инвалидов, страдающих раком молочной железы. Анализ фокус-группы (18 женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы, проживающих в г. Волгограде) показал, что они более чем в 83% случаев имели признаки повышенной фертильности и аборт в анамнезе, более чем в 80% случаев характеризовали эмоциональный фон в семье и коллективе после известия о болезни как благополучный или нейтральный. 77,7% женщин-инвалидов чувствуют заботу государства, 72,2% отмечают положительное отношение к ним лечащих врачей, 94,4% - врачей медико-социальной экспертизы. В необходимости психологической поддержки инвалидов вследствие РМЖ убеждены 100% респондентов, но лишь 27,7% сами участвуют в подобной деятельности. Необходимость развигать индивидуальные программы реабилитации и использовать виртуальные средства для поддержки инвалидов поддерживают большинство респондентов, но участвуют в специализированных интернет-форумах лишь 22,2% женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы.

4. Оценка качества жизни и характеристика личности инвалида, определяющие степень ограничения жизнедеятельности и способность к социальному функционированию инвалидов вследствие онкологических заболеваний в различные периоды болезни не учитываются в экспертной практике. Необъективная экспертная оценка, возможно недооценка, тяжести состояния инвалида вследствие рака молочной железы несоответствие группы инвалидности соматическим и психосоциальным ресурсам инвалидов, являются одной из причин отсутствия перспектив медико-социальной реабилитации, нерационального трудоустройства, утяжеления соматического состояния,

снижение качества жизни инвалидов. Выявленные психологические особенности у 66,6% женщин-инвалидов вследствие РМЖ в виде повышенного чувства тревоги за свое здоровье, страха смерти, неуверенности в себе, сниженной самооценки, определяют необходимость психологической реабилитации данной социальной группы, направленные на восстановление психологического статуса, сохранение семейных отношений, активацию личностных ресурсных возможностей, продолжение профессиональной деятельности.

5. Имеющиеся у инвалидов расстройства различной степени выраженности обуславливают ограничения способности к самообслуживанию, трудовой деятельности, определяя социальное поведение инвалида. Перспективы социального функционирования инвалидов, страдающих раком молочной железы, могут быть эксплицированы как процесс реализации личностного потенциала – габитуса – социальной структуры когнитивных и мотивационных систем, позволяющих действовать в социальном мире. Эндопротезирование молочной железы является основой реабилитационных мероприятий и позволяет существенно повысить качество жизни пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В контексте проводимой в стране реформы здравоохранения, Министерству здравоохранения Российской Федерации целесообразно разработать и утвердить стандарты реабилитации больных после оперативного лечения по поводу рака молочной железы, тем самым качественно улучшить процесс ресоциализации больных с диагнозом РМЖ.

2. Эффективной представляется работа по внесению изменений в индивидуальную программу реабилитации в соответствии с предложенными в данном исследовании личностно-ориентированными методами оптимизации медико-социальной реабилитации больных раком молочной железы, позволяющими персонализировать процесс реабилитации. Такие изменения могут быть внесены Федеральным бюро медико-социальной экспертизы.

3. Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека можно рекомендовать разработку комплексного плана мероприятий по профилактике рака молочной железы на основе социального портрета женщин-инвалидов вследствие РМЖ, разработанного в данном диссертационном исследовании. При этом обязательным должно являться введение в программу профилактики РМЖ среди населения обязательного ежегодного ультразвукового обследования женщин не после 39 лет, как это принято сейчас, а с 24 лет.

4. Региональным онкологическим центрам, онкологическим диспансерам, необходимо ввести в штатное расписание должность медицинского психолога и специалиста по социальной работе, что в течение всего процесса реабилитации пациента с РМЖ обеспечит психологическое и социальное сопровождение, которое в дальнейшем позволит больному наиболее адекватно пройти ресоциализацию.

5. Региональным органам здравоохранения на базе онкологических диспансеров всех уровней территориальной принадлежности организовать постоянно действующие школы, кабинеты психологической помощи онкологическим больным с целью создания и проведения групп психологической поддержки для людей, перенесших лечение по поводу РМЖ. Подготовить для таких мероприятий методические рекомендации.

6. Целесообразно введение краткого курса «Реабилитация онкологических больных, перенесших оперативное лечение по поводу рака молочной железы» на последипломном этапе подготовки и переподготовки медицинских работников среднего и высшего звена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксель Е.М. Злокачественные новообразования молочной железы: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность // Маммология. – 2006. – № 1. – С. 9-13.
2. Аксель Е.М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20, № 3 (прил. 1). – С. 8-93.
3. Алеева Г.Н., Гурылева М.Э., Журавлева М.В. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // Рос. мед. журнал. – 2006. – №2. – С. 1-4.
4. Амлаев, К.Р. Рак легких и молочной железы: эпидемиологические, диагностические, реабилитационные аспекты (обзор) / К.Р. Амлаев, А.А. Койчурев, З.Д. Махов, С.М. Койчуева // Научная мысль Кавказа. – 2012. – № 4. – С. 103-110.
5. Анализ показателей качества жизни больных диссеминированным раком молочной железы, получавших различные режимы гормонотерапии в зависимости от возраста / Д.С. Мирзоева, Д.З. Зикирходжаев, С.Г. Раджабова, Ф.Г. Солиев // Вестник Авиценны. – 2012. – № 2 (51). – С. 88-91.
6. Анализ показателей качества жизни больных раком молочной железы / Э.Э. Топузов, М.Н. Касянова, Ю.В. Плотников и др. // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 3 (40). – С. 223-225.
7. Андрианов О.В., Шахсуварян С.Б., Ковшарь Ю.А., Бобров А.С. Медико-социальная реабилитация инвалидов вследствие злокачественных новообразований молочной железы в пожилом и старческом возрасте // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 3. – С. 6-10.
8. Андрианов О.В., Сидоров Д.Б., Забелин М.В. Инновационный подход к проблеме комплексной реабилитации больных с постмастэктомическим синдромом: проблемы и реальность, пути решения // Врач скорой помощи. – 2013. – № 4. – С. 57-64.

9. Арбина Ю.А. Качество жизни в онкологической практике (на примере рака молочной железы) // Бюллетень мед. интернет-конференций. – 2012. – Т. 2. – № 2. – С. 93.
10. Архипова И.В. Групповая психотерапия в психосоциальной реабилитации женщин с диагнозом рака молочной железы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 2. – С. 109-111.
11. Архипова И.В., Кокорина Н.П., Лопатин А.А. Психосоциальная реабилитация женщин с раком молочной железы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 66-68.
12. Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных // Международный мед. журнал. – 2010. - № 4. – С. 11-13.
13. Барденштейн Л.М., Вельшер Л.З., Аверьянова С.В. Психологические особенности больных раком молочной железы как прогностический фактор // Рос. мед. журнал. – 2011. – № 5. – С. 13-17.
14. Барсуков, В.Ю., Плохов В.Н., Чеснокова Н.П. Рак молочной железы: современные принципы диагностики и комплексной терапии. – Саратов: СГМУ, 2007. – 309 с.
15. Беляков К.М. Особенности неврологических нарушений у больных с постмастэктомическим синдромом /К.М. Беляков, А.В. Алясова, М.Ю. Кирсанов // Российский онкологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 13-15.
16. Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Стражев С.В. Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2012. – № 1. – С. 8-13.
17. Березанцев А.Ю., Стражев С.В., Монасыпова Л.И. Организационные и клинические аспекты психосоциальной реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. – № 52. – С. 44-52.

18. Берштейн Л.М. Эндокринология рака молочной железы как гетерогенного заболевания: десятилетие после миллениума // Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 59. № 3. – С. 292-298.
19. Бехер О.А., Слонимская Е.М., Куприянова И.Е. Уровень тревоги у женщин, страдающих раком молочной железы // Сибирский онкол. журнал. – 2008. – № 2. – С. 26–27.
20. Блохин С.Н., Суздальцев И.В., Надеин К.В. Хирургическая реабилитация больных после радикального лечения рака молочной железы // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 88-89.
21. Братик А.В. Реабилитация с использованием гипоксии при раке молочной железы (обзор) // Вестник восстановительной медицины. – 2013. – № 1. – С. 68-71.
22. Братусь Г.А. Инвалидность и профессиональная реабилитация женщин после радикального лечения рака молочной железы // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. 15, № 3. – С. 51-52.
23. Братусь Г.А., Скляренко Р.Т. Роль социальных факторов в возвращении к труду женщин после радикального лечения рака молочной железы // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. 15, № 3 – С. 63-64.
24. Болдова Е.Г., Сдвижков А.М., Шостакович Б.В. Психиатрические исследования в онкологии // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 1. – С. 76—82.
25. Борисенков М.Ф., Анисимов В.Н. Риск развития рака у женщин: возможная связь с географической широтой и некоторыми экономическими и социальными факторами // Вопросы онкологии. – 2011. – Т. 57, № 3. – С. 343-354.
26. Бугайцов С.Г. Восстановление трудоспособности и ресоциализация больных раком молочной железы // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2006. – № 2. – С. 19-22.
27. Бударин Г.Ю., Петров А.В., Седова Н.Н. Медицинские нормы и юридические законы. – М.: Юрист, 2012. – 324 с.

28. Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. Психогенный кофактор канцерогенеза. Возможности применения гипнотерапии. – СПб.: Алетейа, 2008. – 160 с.
29. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией // Сибирский психиатр. журнал. – 2008. – Т. 27, № 1. – С. 67-71.
30. Влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных раком молочной железы в отдаленном периоде / Г.А. Ткаченко, Х.С. Арсланов, В.А. Яковлев и др. // Вопросы онкологии. – 2008. – Т. 54, № 6. – С. 724-728.
31. Володин Б.Ю. Особенности личности больных раком молочной железы и тела матки // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2005. – № 4. – С. 12-16.
32. Володин Б.Ю. Внутренняя картина болезни и особенности психотерапевтической коррекции у больных раком молочной железы и тела матки // Рос. онкол. журнал. – 2006. – № 1. – С. 38-40.
33. Воронцов Т.Н., Тюков Ю.А., Воронцова И.З. Заболеваемость, инвалидность и смертность населения при социально значимых заболеваниях // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. – 2012. – № 2. – С. 141-148.
34. Гаевская О.Э., Смирнова Л.М. Особенности использования тепловидения при оценке нарушений микроциркуляции в области верхних конечностей после мастэктомии // Вестник гильдии протезистов-ортопедов. – 2008. – № 3 (33). – С. 48-52.
35. Ганцева Н.Р. Пути улучшения реабилитации больных раком молочной железы // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2009. – № 27 (160). – С. 111-114.
36. Генетические аспекты метакронного рака молочной железы /

Н.В. Лепкова, В.Н. Богатырев, К.П. Лактионов и др // Рос. онкол. журнал. - 2008. - N2. - С.4-8.

37. Генетические и клиничко-патологические особенности рака молочной железы у больных с сохраненной менструальной функцией и в менопаузе / В.М. Перельмутер, М.В. Завьялова, С.В. Вторушин и др. // Успехи геронтологии. - 2008. - Т.21, N4. - С.643-653.

38. Герштейн Е.С., Овчинникова Л.К., Терешкина И.В. и др. Лабораторные и клинические перспективы исследования молекулярных маркеров опухолей // Вопр. биол., мед. и фармацевт. химии. – 2010. – № 4. – С. 3-10.

39. Гильмутдинова Л.Т., Ганцева Н.Р., Гильмутдинов А.Р. Результаты реабилитации больных, оперированных по поводу рака молочной железы // Физиотерапевт. – 2011. – № 7. – С. 31-33.

40. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с.

41. Грушина Т.И. Реабилитация пациенток после радикального лечения первичного рака молочной железы с помощью методов физической терапии // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2011. – № 2. – С. 11-17.

42. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – № 3. – С. 11-13.

43. Давыдов М.И., Летягин В.П. Стандарты лечения больных первичным раком молочной железы. М., РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН – 2013. - С. 18-22.

44. Дарган А.А. Отражение детерминированности социального самочувствия и социальной мобильности людей с инвалидностью в моделях инвалидности // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. – 2011. – № 2. С. 158-161.

45. Депрессия / Л.М. Барденштейн, Ю.В. Скорик, А.А. Ялымов, Г.Г. Шехян // Психиатрия. – 2005. – № 5. – С. 15.
46. Дмитриев А.А., Каретникова Е.С. Влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни пациенток с раком молочной железы // Пластическая хирургия и косметология. – 2012. – № 4. – С. 573-576.
47. Домашенко Е.В. Медико-социальные аспекты инвалидности и современные подходы к медико-социальной экспертизе при злокачественных новообразованиях женских половых органов: Автореф. дис. ... кандидата мед. наук. – М., 2011. – 21 с.
48. Доминелли Л.Г. Гендерно нейтрально? Женский опыт инвалидности // Журнал исследований социальной политики. – 2004. – Т.2, № 1. – С. 38-39.
49. Драчева Л.В. Реабилитация после мастэктомии // Медицинская сестра. – 2011. – № 2. – С. 6-10.
50. Дьяченко В.Г., О А.С., Коваленко В.Л. Перспективы изучения качества жизни больных раком молочной железы (обзор литературы) // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 134-138.
51. Дюкина Т.О. Системный подход в прогнозировании показателей, характеризующих здоровье, заболеваемость, инвалидность и охрану здоровья населения // Известия Санкт-Петербургского государственного аграрного университета. – 2011. – № 25. – С. 196-199.
52. Жигунова Г.В. Социальная идентификация лиц с инвалидностью // В мире научных открытий. – 2011. – № 5.1. – С. 484-490.
53. Жигунова Г.В. Становление системы социальной помощи лицам с инвалидностью в России: исторический аспект // В мире научных открытий. – 2011. – Т. 16, № 4. – С. 83-90. Жогина Ж.А., Мусабаева Л.И., Слонимская Е.М. Пятилетние результаты органосохраняющего лечения больных раком молочной железы // Медицинская радиология и радиационная безопасность. –

2007. – Т.52, № 3. – С. 43-49.

54. Жогина Ж.А., Мусабаева Л.И., Великая В.В. Отдаленные результаты комплексного лечения с предоперационной нейтронной терапией и качество жизни больных местно-распространенным раком молочной железы // Радиационная онкология и ядерная медицина. – 2011. – № 1. – С. 51-56.

55. Здоровье и качество жизни: учебное пособие / Под ред. С. Г. Плещица. – С.-Пб: Изд-во Санкт-Петербургского гос. ун-та экономики и финансов, 2011. – 239 с.

56. Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Ванесян А.С. Использование опросника MAS SF-36 для изучения влияния реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы // Хирургия Украины. – 2011. – № 4 (40). – С. 99-103.

57. Казанцева М.В. Результативность нового профилактического проекта «Онкопатруль» в ранней диагностике злокачественных новообразований молочной железы и повышении качества жизни больных после проведенного лечения // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4. – С. 67.

58. Калиниченко О.Д., Дашина М.Г. Исследование внутренней картины болезни у женщин, больных раком молочной железы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – № 1. – С. 47-48.

59. Калайдин Е.Н. Развитие методологии количественного представления показателя качества жизни населения и качества трудовой жизни // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 4. – С. 271-273.

60. Канцерогенез: патофизиологические и клинические аспекты / Под общ. ред. В.М. Попкова, Н.П. Чесноковой, В.Ю. Барсукова. - Саратов: Изд-во: СГМУ, 2011. – 600 с.

61. Качество жизни – важный критерий эффективности таргетной терапии метастатического поражения скелета при раке молочной железы / Т.Ю. Семиглазова, В.В. Семиглазов, Л.В. Филатова и др. // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2013. – № 1-2. – С. 17-22.
62. Качество жизни населения и экология / Под общ. ред. Л. Н. Семерковой. – Пенза: ПГСХА, 2012. – 111 с.
63. Качество жизни, связанное со здоровьем: оценка и управление / М.П. Дьякович, В.С. Рукавишников, П.В. Казакова и др. – Иркутск: НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, 2012. – 168 с.
64. Клинико-трудовой прогноз у больных раком молочной железы после органосохранного лечения / А.З. Довгалюк, Н.В. Арташевская, Н.В. Новоторжина, И.А. Пазухина // Амбулатор. хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – № 3. – С. 68-69.
65. Клиническая и экспертная характеристика впервые освидетельствованных больных раком молочной железы / Н.А. Кабилдина, Т.М. Шериева, К.С. Кабилдин, А.Ф. Шакирова // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 5-1. – С. 32-35.
66. Когония Л.М., Федотов А.Ю. Анализ социологического опроса онкологических больных с целью выявления проблем в лечебном процессе // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 21, № 5. – С. 5-6.
67. Козлова В.Н. Субъективные и объективные факторы отношения к труду людей с инвалидностью // Социология в современном мире: наука, образование, творчество. – 2010. – № 2. – С. 214-216.
68. Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Авданина Н.Е. Реабилитация больных раком молочной железы (лечение лимфатического отека). Методические рекомендации. – Кемерово, 2011. – 13 с.
69. Косенкова О.И., Макарова В.И. Проблема качества жизни в современной медицине // Экология человека. – 2007. - № 11. – С. 29-31.

70. Косых Н.Э., Савин С.З. Факторы риска возникновения рака молочной железы (популяционный аспект). – Хабаровск: ДальГМУ, 2009. – 154 с.
71. Кузнецова А.А. Эмоционально-аффективные расстройства в структуре отношения к болезни у женщин с онкологической патологией, в зависимости от формы лечения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 1. – С. 14-16.
72. Кузнецова О.В. Социальная защита инвалидов. – М.: Эксмо, 2010. – 334 с.
73. Кукшина А.А., Верещагина Д.А. Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2013. – № 5. – С. 28-34.
74. Куприянова И.Е., Семке В.Я. Качество жизни и психическое здоровье. – Томск: РАСКО, 2004. – 121 с.
75. Кушлинский Н.Е., Портной С.М., Лактионов К.П. Рак молочной железы. – М.: ГЭОТАР, 2005. – 480 с.
76. Лига М.Б. Качество жизни: генезис идей // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Философия, социология, культурология, социальная работа. – 2011. – № 4. – С. 237-244.
77. Лига М.Б., Щеткина И.А. Качество жизни: организационно-управленческий аспект. – Новосибирск: Наука, 2011. – 226 с.
78. Луд Н.Г., Луд Л.Н. Реабилитация больных раком молочной железы // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 39-51.
79. Лыхина Т.А. Инвалидность с точки зрения современного международного права // Бизнес и закон. Международный экономико-юридический журнал. – 2010. – № 2. – С. 148-152.
80. Ляшенко Я.Ю. Рак молочной железы. Психологическая помощь в условиях лечебного учреждения // Новообразование. – 2007. – № 1. – С. 114-

117.

81. Мавликаева Ю.А., Подлужная М.Я., Бронников В.А. Медико-социальные аспекты инвалидности взрослого населения. – Пермь: ПГМА им. Е.А. Вагнера, 2011. – 166 с.

82. Масляков В.В., Лёвина В.А., Накаева Е.Ю. Качество жизни и послеоперационная реабилитация больных раком молочной железы // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2014. – Т. 9, № 1 (33). – С. 26-29.

83. Мелихов В.В., Уколова О.Н. Интерпретация понятия «здоровье» применительно к людям с инвалидностью // Альманах современной науки и образования. – 2013. – № 5 (72). – С. 130-133.

84. Мика К. Реабилитация после удаления молочной железы. – М.: Медицина, 2011. – 144 с.

85. Мищук Ю.Е., Потапов Ю.Н., Степанчук Ю.Б. Оценка взаимозависимости между личностными особенностями и уровнем социального функционирования у больных раком молочной железы // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2008. – Т. 40, № 2. – С. 62-64.

86. Морозова Е.В. Роль личности в реализации реабилитационного процесса // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2011. – № 4. – С. 24-27.

87. Морозова Е.В. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания – Дисс. канд. психол. наук. – Ярославль, 2008. – 248 с.

88. Морозова Е.В. Структура идентичности, как фактор реабилитации личности // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2011. – № 3. – С. 67-72.

89. Неврологические расстройства у женщин после мастэктомии / Р.К. Шихкеримов, А.А. Савин, И.Д. Стулин и др. // Клиническая геронтология. – 2008. – Т. 14, № 8. – С. 15-18.

90. Неврологические аспекты хирургического лечения больных раком молочной железы / И.В. Обманов, М.Л. Ярыгин, В.И. Шмырев и др. // Российский онкологический журнал. – 2014. – № 1. – С. 8-12.

91. Некоторые вопросы профилактики онкозаболеваний и повышения качества жизни пациентов онкологического профиля / К.Р. Амлаев, А.А. Койчуев, М.Г. Гевандова, З.Д. Махов // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2012. – Т. 14, № 5-2. – С. 512-517.

92. Ненарокомов А. Основы исследования качества жизни в онкологии // Врач. – 2013. – № 11. – С. 85-87.

93. Низкоинтенсивное лазерное воздействие в программах реабилитации больных, получающих химиолучевое лечение (лекция) / А.Н. Шипилова, В.А. Титова, Ю.М. Крейнина и др. // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России. – 2011. – Т. 4, № 11. – С. 264-276.

94. Одномоментная реконструкция молочной железы при раке (обзор литературы) / Рагозина М.Р., Самойленко В.М., Федун А.А. и др. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2009. – № 4. – С. 97-105.

95. Оленева И.В. Качество жизни и медико-социальная реабилитация инвалидов после радикального лечения рака молочной железы : Автореф. дис. ... кандидата мед. наук. – М., 2008. – 21 с.

96. Оленева И.В. Профилактика поздних осложнений и укрепление здоровья у больных после хирургического лечения рака молочной железы // Мед. алфавит. – 2013. – Т. 1-2, № 10. – С. 50-53.

97. Опыт работы кабинета реабилитации после радикального лечения по поводу рака молочной железы / Л.К. Бартош, Л.Н. Фишер, В.В. Гайкова, В.В. Иванова // Вестник Московского онкологического общества. – 2006. – № 4. – С. 6-7.

98. Организация онкологической службы в России (методические рекомендации, пособия для врачей) Часть 2 / Под редакцией В.И.Чиссова,

В.В.Старинского, М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2007. – 543 с.

99. Особенности функционального состояния опорно-двигательной системы больных с постмастэктомическим синдромом / О.Э. Гаевская, О.Л. Белянин, Л.М. Смирнова, К.К. Щербина, С.Ф. Курдыбайло // Уч. записки Санкт-Петербургского государственного мед. университета им. акад. И.П. Павлова. – 2008. - № 3. – С. 64-66.

100. Павлова Н.В., Сухотерин И.В. Социально-психологический портрет больных раком молочной железы и проблема их психологической реабилитации // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – № 1. – С. 32-37.

101. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие / В. И. Петров, С. В. Недогода. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 144 с.

102. Петров В.И. Этические приоритеты нового закона РФ «Об охране здоровья граждан» // Биоэтика. – 2011. – Т. 2, № 8. – С. 3-4.

103. Пешкова О.В., Князева А.А., Авраменко О.Н. Комплексная физическая реабилитация женщин 40–50 лет после радикального лечения рака молочной железы в отдаленном периоде // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2012. – № 3 (31). – С. 101-107.

104. Попова Т.Н., Кузеванова Е.А. Качество жизни больных местнораспространенным раком молочной железы с прогрессированием заболевания после комплексного лечения // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – № 4. – С. 13-19.

105. Призова Н.С. Статистическое обоснование необходимости проведения медико-социальной реабилитации у женщин-инвалидов вследствие злокачественных новообразований молочной железы // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2012. – № 11-12. – С. 46-48.

106. Причины гиподиагностики рака молочной железы и пути их

устранения / Л.А. Ли, А.Г. Манихас, В.В. Мартынюк и др. // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – № 3. – С. 16-18.

107. Прогнозирование выхода на инвалидность как составляющая медико-социальных исследований / Н.Ю. Трифонова, Э.Я. Немсцверидзе, Н.И. Русаков, В.В. Фесенко // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4. – С. 64.

108. Пространство и время социальных изменений / В. Н. Ярская, Л. С. Яковлев, В. В. Печёнкин, О.Н. Ежов. - М. : Саратов: Научная книга, 2004. – 212 с.

109. Психическое здоровье и качество жизни женщин, страдающих раком молочной железы / А. Березанцев, Л. Монасыпова, А. Спиртус, С. Стражев // Врач. – 2010. – № 8. – С. 54-58.

110. Разработка алгоритма организационных форм становления и развития онкогинекологической помощи женскому населению республики Ингушетия в рамках решения проблем рака репродуктивных органов / Т.В. Шелякина, З.М. Гатагажева, М.Г. Леонов и др. // Известия высш. уч. завед. Сев.-Кав. регион. Серия: Естеств. науки. – 2012. – № 4. – С. 118-122.

111. Рак молочной железы - системный анализ проблемы, диагностика, лечение, реабилитация : монография / А.Л. Санников (и др.) ; под ред. А.В. Красильникова, А.М. Вязьмина. – Архангельск: Северный гос. мед. ун-т., 2006. – 168 с.

112. Рак молочной железы у больных молодого возраста /Л.М. Захарцева, Н.Г. Горовенко, С.В. Подольская и др. // Патология. – 2007. – Т. 4, № 2. – С. 21-23.

113. Ранняя выписка и курация больных раком молочной железы по способу «стационар на дому» как перспективное направление для ранней реабилитации онкологических больных / Р.Ш. Хасанов, И.М. Шаймуратов, Р.Ш. Камалетдинов и др. // Вестник современной клинической медицины. –

2012. – Т. 5, № 1. – С. 20-23.

114. Реабилитация при раке молочной железы / Иванов П.М., Бровцев О.В., Лопатин Р.О. и др. // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 1-1(8). – С. 80-81.

115. Результаты изучения некоторых аспектов профилактики раковых заболеваний и качества жизни онкологических пациентов / К.Р. Амлаев, А.А. Койчуев, З.Д. Махов и др. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 5 (140). – С. 21-25.

116. Реконструктивная хирургия и реабилитация больных раком молочной железы / А.Д. Зикиряходжаев, В.А. Соболевский, С.С. Чистяков С.С. и др. // РМЖ. Приложение. Онкология. – 2011. – Т. 2, № 2. – С. 42-43.

117. Решетников А. В. Методология исследований в социологии медицины. М., 2000.

118. Решетников А. В. Технология медико-социологического исследования в социальной системе. Учебное пособие. М., 1999.

119. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Рук-во. - М.: Медицина, 2003.

120. Решетников А.В. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А.В. Решетников, Л.М. Астафьев // Социология медицины. – 2005. - №1.

121. Решетников А.В. Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований // Экономика здравоохранения. - 2001. - №1.

122. Решетников. Социология медицины. Руководство. – М. ГЭОТАР-МЕД. – 2010.

123. Руководство по исследованию качества жизни / Под ред. Ю.Л. Шевченко. Изд. 2-е. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 2007 с.

124. Самушия М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы // Псих. растр. в общ. медицине. – 2007. – №3. – С. 11–16.

125. Седова Н.Н. Правовые основы биоэтики. – М.: Триумф, 2004. – 224 с.

126. Семиглазов, В.Ф. Современные стандарты лечения рака молочной железы (по материалам 10-й международной конференции по раку молочной железы в Сан-Галлене, 2007) // Мед. альманах. – 2008. - № 3. – С. 57-63
127. Семке В.Я. Психиатрия и онкология. Грани соприкосновения // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2008. – №3. – С. 7–12.
128. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 480 с.
129. Скляренко Р.Т. Братусь Г.А., Кучин Ю.Н. Отдаленные результаты лечения рака молочной железы с применением функционально-щадящей мастэктомии // Вестн. С.-Пб. гос. мед. академии им. И. И. Мечникова. - 2007. – № 1. – С. 131.
130. Скляренко Р.Т.. Медико-социальная экспертиза при новообразованиях: Руководство для врачей. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2009. – С. 33.
131. Смулевич А.Б., Андриященко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «Синтез») // Психические расстройства в общ. медицине. 2009. – №1. – С. 4–11.
132. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии / А.Ю. Ненарокомов, Д.Л. Сперанский, Э.В. Аревшатов, А.Ю. Мудрый // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2-2. – С. 421-425.
133. Солнцева Ю.В., Зотов П.Б. Астенические расстройства у радикально оперированных больных раком молочной железы, перед планируемой адъювантной полихимиотерапией // Медицинская наука и образование Урала. – 2009. – Т. 10, № 2. – С. 122-123.
134. Справочник по классификации злокачественных опухолей: Официальные рекомендации Американской объединенной комиссии по злокачественным новообразованиям (Чикаго, Иллинойс) / Автор. пер. с англ. - СПб.: Медакадемия, 2007. – С. 234.

135. Современные методы лучевой визуализации в дифференциальной диагностике и оценке распространенности рака молочной железы / М.К. Михайлов, М.Н. Насруллаев, Р.Т. Мингазов, Л.С. Фассахова // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – № 3. – С. 27-29.

136. Соловьёв В.И., Сёмкина Е.Н., Анохин А.С. Комбинированный интраоперационный способ профилактики лимфореи в маммологической практике // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2011. – № 2. – С. 44-46.

137. Сперанский Д.Л., Ненарокомов А.Ю. Качество жизни больных раком молочной железы в процессе специального противоопухолевого лечения // Медицинский альманах. – 2012. – № 4. – С. 26-28.

138. Стаханов М.Л., Вельпер Л.З., Савин А.А. Постмастэктомический синдром. Патогенез. Классификация // Российский онкол. журнал. – 2006. – № 1. – С. 24-32.

139. Сташков С.Ю. Практические шаги решения проблем трудоустройства людей с инвалидностью в России // Вестник Университета (Государственный университет управления). – 2013. – № 3. – С. 148-151.

140. Стражев С.В. Необходимость специфической реабилитации больных раком молочной железы, получающих антиэстрогенную терапию // Вестник восстановительной медицины. – 2010. – № 4. – С. 69-74.

141. Стражев С.В., Копосов П.В., Белоногов А.В. Вопросы реабилитации и профилактики нежелательных явлений у больных, страдающих раком молочной железы и получающих антиэстрогенную терапию // Антибиотики и химиотерапия. – 2012. – Т. 57, № 1-2. – С. 32-40

142. Сухотерин И.В., Павлова Н.В. «Социально-психологический портрет» больных раком молочной железы и проблема их психологической реабилитации // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – № 1. – С. 32-37.

143. Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России // Журнал исследований социальной политики. – 2004. -Т. 2. - № 1. – С. 12.
144. Трифонова Н.Ю., Призова Н.С. Социально-гигиенические особенности заболеваемости женщин, больных раком молочной железы // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 5. – еб, 9 с.
145. Умаров Т.А. Вопросы реализации прав людей с инвалидностью // Современные гуманитарные исследования. – 2013. – № 5. – С. 127-128.
146. Федорова Т.Н., Налобина А.Н., Лазарева Н.Н. Комплексная реабилитация больных и инвалидов. – Омск: Сибирский гос. ун-т физ. Культуры и спорта, 2012. – 170 с.
147. Цветкова Л.К. Реабилитация больных раком молочной железы в хирургическом отделении опухолей молочных желез. Роль медсестры // Медицинская сестра. – 2013. – № 2. – С. 9-12.
148. Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Институционализация медико-социальной работы в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10-6. – С. 1386-1389.
149. Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Медико-социологическое обоснование реабилитации онкологических больных // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2. – С. 447.
150. Чеснокова Н.П., Барсуков В.Ю., Плохов В.Н. Факторы риска развития рака молочной железы // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 1. – С. 30-36.
151. Чеснокова Н.П., Барсуков В.Ю., Злобнова О.А. Закономерности изменений гормонального баланса в динамике опухолевой прогрессии у больных раком молочной железы // Успехи современного естествознания. – 2011. – № 4. – С. 47-54.
152. Чиссов В.И., Дарьялов С.Л. Клинические рекомендации. Онкология 2006. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 655 с.

153. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2010. – 196 с.
154. Чойнзонов Е.Л., Балацкая Л.Н. Качество жизни онкологических больных. – Томск: Печатная мануфактура, 2011. – 152 с.
155. Шашкова О.В., Захарова Н.А. Инвалидность. Порядок признания, льготы, компенсации, социальная защита. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2013. – 93 с.
156. Шестопалова И.М. Ткаченко Г.А. Современные аспекты реабилитации больных раком молочной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2007. – № 3. – С. 47-49.
157. Штевнина Ю.И., Швырев С.Л., Петрова М.В. Автоматизированная оценка качества жизни больных со злокачественными и доброкачественными заболеваниями молочной железы // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России. – 2011. – Т. 4, № 11. – С. 90-100.
158. Эстетические результаты реконструктивно-пластических операций при злокачественных опухолях молочных желез / В.В. Рыбачков, Д.А. Петровский, А.А. Васильев и др. // Креативная хирургия и онкология. – 2011. – № 3. – С. 78-80.
159. Ягудин Р.Х. Онкологические заболевания у населения республики Татарстан: динамика и прогноз // Современное искусство медицины. – 2013. – № 6 (14). – С. 4-9.
160. Barsotti S.D., Ford N.J., Dos Santos M.A., Vieira E.M. Breast cancer and sexuality: the impacts of breast cancer treatment on the sex lives of women in Brazil.// Cult Health Sex. – 2014. – Jan 9. (Epub ahead of print)
161. 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 Feb 5;16(2):e28. doi: 10.2196/jmir.2831.
162. Beck S.J., Keyton J. Facilitating social support: member-leader com-

munication in a breast cancer support group. // *Cancer Nurs.* – 2014. – Vol. 37, № 1. – e36-43.

163. Befort C.A., Klemp J.R., Austin H., et al. Outcomes of a weight loss intervention among rural breast cancer survivors // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2012. – Vol. 132, № 2. – P. 631–639.

164. Bender J.L., Yue R.Y., To M.J., et al. A lot of action, but not in the right direction: systematic review and content analysis of smartphone applications for the prevention, detection, and management of cancer // *J. Med. Internet Res.* – 2013. – Vol. 15, № 12. - e287.

165. Braithwaite D., Satariano W.A., Sternfeld B., et al. Long-term prognostic role of functional limitations among women with breast cancer // *J. Natl. Cancer Inst.* – 2010. – Vol. 102, № 19. – P. 1468–1477.

166. Brown J.C., Troxel A.B., Schmitz K.H. Safety of weightlifting among women with or at risk for breast cancer–related lymphedema: musculoskeletal injuries and health care use in a weightlifting rehabilitation trial // *Oncologist.* – 2012. – Vol. 17, № 8. – P. 1120–1128.

167. Carlson R.W., Allred D.C., Anderson B.O., et al. Breast cancer. Clinical practice guidelines in oncology. // *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* – 2009. – Vol. 7, № 2. – P. 122-192

168. Cheng Y.Ch., Ueno N.T. Improvement of survival and prospect of cure in patients with metastatic breast cancer // *Breast Cancer.* – 2012. – Vol. 19, № 3. - R10.

169. Chou AF, Stewart SL, Wild RC, Bloom JR. Social support and survival in young women with breast carcinoma // *Psychooncology.* – 2012. – Vol. 21, № 2. – P. 125-133.

170. Cho M.H., Dodd M.J., Cooper B.A., Miaskowski C. Comparisons of exercise dose and symptom severity between exercisers and nonexercisers in women during and after cancer treatment // *J. Pain Symptom. Manage.* – 2012. – Vol.

43, № 5. – P. 842–854.

171. Chopra I., Kamal K.M. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors // Health Qual. Life Outcomes. – 2012. – Vol. 10. – R. 14.

172. Collins K, McClimens A, Mekonnen S, Wyld L. Breast cancer information and support needs for women with intellectual disabilities: a scoping study // Psychooncology. – 2014. – Vol. 12. – doi: 10.1002/pon.3500.

173. Corkery B., Crown J., Clynes M. et al. Epidermal growth factor receptor as a potential therapeutic target in triple negative breast cancer // Ann. Oncol. - 2009. - Vol. 20, № 5. - P. 862-867.

174. Cousson-Gélie F., Bruchon-Schweitzer M., Dilhuydy J.M., Jutand M.A. Do anxiety, body image, social support and coping strategies predict survival in breast cancer? A ten-year follow-up study // Psychosomatics. – 2007. – Vol. 48, № 3. – P. 211-216.

175. Delgado-Sanz M.C., García-Mendizábal M.J., Pollán M., et al. Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review // Health Qual. Life Outcomes. – 2011. – Vol. 9. – R. 3.

176. Deng C.X. BRCA1: cell cycle check-point, genetic instability, DNA damage response and cancer evolution // Nucleic Acids Res. - 2006. - Vol. 34, № 5. – P. 1416-1426.

177. Devoogdt N., Christiaens M.-R., Geraerts I., et al. Effect of manual lymph drainage in addition to guidelines and exercise therapy on arm lymphoedema related to breast cancer: randomised controlled trial // BMJ. – 2011. – Vol. 343. – d5326.

178. Fife C.E., Davey S., Maus E.A., et al. A randomized controlled trial comparing two types of pneumatic compression for breast cancer-related lymphedema treatment in the home // Support Care Cancer. – 2012. – Vol. 20, № 12. – P. 3279–3286.

179. Forsythe LP, Alfano CM, Kent EE, et al. Social support, self-efficacy for

decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors // *Psychooncology*. – 2014. – Jan 30. – doi: 10.1002/pon.3480. (Epub ahead of print)

180. Gao Y., Huang Y.B., Liu X.O., et al. Tea consumption, alcohol drinking and physical activity associations with breast cancer risk among Chinese females: a systematic review and meta-analysis // *Asian Pac. J. Cancer Prev.* – 2013. – Vol. 14, № 12. – P. 7543-7550.

181. Hartman Sh.I., Dunsiger Sh.I., Marcus B.H. A pilot study of a physical activity intervention targeted towards women at increased risk for breast cancer // *Psychooncology*. – 2013. – Vol. 22, № 2. – P. 381–387.

182. Hegel M.T., Lyons K.D., Hull J.G, et al. Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone-delivered problem solving-occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy // *Psychooncology*. – 2011. – Vol. 20, № 10. – P. 1092–1101.

183. Hickey M., Peate M., Saunders C.M., Friedlander M. Breast cancer in young women and its impact on reproductive function // *Hum. Reprod. Update.* – 2009. – Vol. 15, № 3. – P. 323–339.

184. Hsieh C.C., Sprod L.K., Hydock D.S., et al. Effects of a supervised exercise intervention on recovery from treatment regimens in breast cancer survivors // *Oncol. Nurs. Forum.* – 2008. – Vol. 35 № 6. – P. 909–915.

185. Hwang J.H., Chang H.J., Shim Y.H., et al. Effects of supervised exercise therapy in patients receiving radiotherapy for breast cancer // *Yonsei Med J.* – 2008. – Vol. 49, №3. – P. 443–450.

186. Iezzoni L.I., Park E.R., Kilbridge K.L. Implications of mobility impairment on the diagnosis and treatment of breast cancer // *J. Womens Health (Larchmt)*. – 2011. – Vol. 20, № 1. – P. 45–52.

187. Klasnja P., Hartzler A., Powell C., Pratt W. Supporting cancer patients' unanchored health information management with mobile technology // *AMIA Annu. Symp. Proc.* – 2011. – P. 732–741.

188. Kraemer L.M., Stanton A.L., Meyerowitz B.E., et al. A longitudinal examination of couples' coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer // *J. Fam. Psychol.* – 2011. – Vol. 25, № 6. – P. 963–972.
189. Kroenke C.H., Kubzansky L.D., Schernhammer E.S., et al. Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis // *J. Clin. Oncol.* – 2006. – Vol. 24, № 7. – P. 1105-1111.
190. Kroenke C.H., Quesenberry C., Kwan M.L., et al. Social networks, social support, and burden in relationships, and mortality after breast cancer diagnosis in the Life After Breast Cancer Epidemiology (LACE) Study // *Breast Cancer Res Treat.* – 2013. – Vol. 137, № 1. – P. 261-271.
191. Lehto U.-S., Ojanen M., Dyba T., et al. Baseline psychosocial predictors of survival in localised breast cancer // *Br. J. Cancer.* – 2006. – Vol. 94, № 9. – P. 1245-1252.
192. Ligibel J.A., Meyerhardt J., Pierce J.P., et al. Impact of a telephone-based physical activity intervention upon exercise behaviors and fitness in cancer survivors enrolled in a cooperative group setting // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2012. – Vol. 132, № 1. – P. 205–213.
193. Lyons K.D., Erickson K., Hegel M.T. Problem-solving strategies of women undergoing chemotherapy for breast cancer // *Can. J. Occup. Ther.* – 2012. – Vol. 79, № 1. – P. 33–40.
194. Meneses K, Azuero A, Su X, et al. Predictors of attrition among rural breast cancer survivors // *Res. Nurs. Health.* – 2014. – Vol. 37, № 1. – P. 21-31.
195. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007 // *J. Exp. Clin. Cancer Res.* – 2008. – Vol. 27, № 1. – P. 32-39.
196. Mutrie N., Campbell A.M., Whyte F., et al. Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial // *BMJ.* – 2007. – Iss. 334(7592). – P. 517.

197. Naidoo J., Hayes E., Teo M.Y., et al. An Irish breast cancer survivorship study: are we meeting our patients' needs? // *Ir. Med. J.* – 2013. – Vol. 106, № 9. – P. 262-266.
198. Namkoong K., McLaughlin B., Yoo W., et al. The effects of expression: how providing emotional support online improves cancer patients' coping strategies // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* – 2013. – Vol. 47. – P. 169-174.
199. Osborne R.H., Sali A., Aaronson N.K., et al. Immune function and adjustment style: do they predict survival in breast cancer? // *Psychooncology.* – 2004. – Vol. 13, № 3. – P. 199-210.
200. Peppone L.J., Mustian K.M., Janelins M.C., et al. Effects of a structured weight-bearing exercise program on bone metabolism among breast cancer survivors: a feasibility trial // *Clin. Breast Cancer.* – 2010. – Vol. 10, № 3. – P. 224–229.
201. Phillips K.A., Osborne R.H., Giles G.G., et al. Psychosocial factors and survival of young women with breast cancer: a population-based prospective cohort study // *J. Clin. Oncol.* – 2008. – Vol. 26, № 28. – P. 4666-4671.
202. Portier K, Greer GE, Rokach L, et al. Understanding topics and sentiment in an online cancer survivor community // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* – 2013. – Vol. 47. – P. 195-198.
203. Pruitt S.L., Shim M.J., Mullen P.D., et al. The Association of Area Socioeconomic Status and Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review // *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* – 2009. – Vol. 18, № 10. – P. 2579–2599.
204. Pudrovska T., Anikputa B. The role of early-life socioeconomic status in breast cancer incidence and mortality: unraveling life course mechanisms // *J Aging Health.* – 2012. – Vol. 24, № 2. – P. 323–344.
205. Quédraogo S., Dabakuyo-Yonli T.S., Roussot A., et al. European transnational ecological deprivation index and participation in population-based breast cancer screening programmes in France // *Prev. Med.* – 2013. - pii: S0091-7435(13)00461-1. doi: 10.1016/j.yjmed.2013.12.007.

206. Rogers L.Q., McAuley E., Anton Ph.M., et al. Better exercise adherence after treatment for cancer (BEAT Cancer) study: Rationale, design, and methods // *Contemp. Clin. Trials.* – 2012. – Vol. 33, № 1. – P. 124–137.
207. Ruddy K.J., Greaney M.L., Sprunck-Harrild K., et al. Young women with breast cancer: a focus group study of unmet needs // *J. Adolesc. Young Adult Oncol.* – 2013. – Vol. 2, № 4. – P. 153-160.
208. Ruland C.M., Jeneson A., Andersen T., et al. Designing tailored Internet support to assist cancer patients in illness management // *AMIA Annu. Symp. Proc.* – 2007. – P. 635–639.
209. Schmitz K.H., Troxel A.B., Cheville A., et al. Physical activity and lymphedema (the PAL Trial). Assessing the safety of progressive strength training in breast cancer survivors // *Contemp. Clin. Trials.* – 2009. – Vol. 30, № 3. – P. 233–245.
210. Schulman-Green D., Bradley E.H., Knobf M.T., et al. Self-management and transitions in women with advanced breast cancer // *J. Pain Symptom. Manage.* – 2011. – Vol. 42, № 4. – P. 517–525.
211. Sehl M., Lu X., Silliman R., Ganz P.A. Decline in physical functioning in first 2 years after breast cancer diagnosis predicts 10 year survival in older women // *J. Cancer Surviv.* – 2013. – Vol. 7, № 1. – P. 20–31.
212. Siegel R., Ward E. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths // *CA Cancer J. Clin.* – 2011. – Vol. 61, № 4. – P. 212-236.
213. Springer B.A., Levy E., McGarvey Ch., et al. Pre-operative assessment enables early diagnosis and recovery of shoulder function in patients with breast cancer // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2010. – Vol. 120, № 1. – P. 135–147.
214. Sprod L.K., Hsieh C.C., Hayward R., Schneider C.M. Three versus six months of exercise training in breast cancer survivors // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2010. – Vol. 121, № 2. – P. 413–419.

215. Thompson A., Brennan K., Cox A., et al. Evaluation of the current knowledge limitations in breast cancer research: a gap analysis // *Breast Cancer Res.* – 2008. – Vol. 10, № 2. – R26.
216. Warren E., Footman K., Tinelli M., et al. Do cancer-specific websites meet patient's information needs? // *Patient Educ. Couns.* – 2013. - pii: S0738-3991(13)00527-2. doi: 10.1016/j.pec.2013.12.013. (Epub ahead of print).
217. Weigelt B., Mackay A., A'hern R., et al. Breast cancer molecular profiling with single sample predictors: a retrospective analysis // *Lancet Oncol.* – 2010. – Vol. 11, № 4. – P. 339-349.
218. Weihs K.L., Simmens S.J., Mizrahi J., et al. Dependable social relationships predict overall survival in Stages II and III breast carcinoma patients. // *J. Psychosom. Res.* – 2005. – Vol. 59, № 5. – P. 299-306.
219. Winters-Stone K.M., Dobek J., Bennett J.A., et al. The effect of resistance training on muscle strength and physical function in older, postmenopausal breast cancer survivors: a randomized controlled trial // *J. Cancer Surviv.* – 2012. – Vol. 6, № 2. – P. 189–199.
220. Winters-Stone K.M., Dobek J., Nail L., et al. Strength training stops bone loss and builds muscle in postmenopausal breast cancer survivors: a randomized, controlled trial // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2011. – Vol. 127, № 2. – P. 447–456.
221. Yeom H., Heidrich S.M. Effect of perceived barriers to symptom management on quality of life in older breast cancer survivors // *Cancer Nurs.* – 2009. - Vol. 32, № 4. – P. 309–316.
222. Yoo W., Shah D.V., Shaw B.R., et al. The Role of the Family Environment and Computer-Mediated Social Support on Breast Cancer Patients' Coping Strategies // *J. Health Commun.* – 2014. - Feb 10. (Epub ahead of print).

TNM классификация рака молочной железы

В классификации по системе TNM предусмотрены следующие обозначения: T — первичная опухоль; T_x — недостаточно данных для оценки первичной опухоли; T₀ — первичная опухоль не определяется;

Tis — преинвазивная карцинома: интрадуктальная или лобулярная carcinoma in situ, или болезнь Педжета (соска без наличия опухолевого узла);

T₁ — опухоль до 2 см в наибольшем измерении;

T_{1a} — до 0,5 см в наибольшем измерении;

T_{1b} — до 1 см в наибольшем измерении;

T_{1c} — до 2 см в наибольшем измерении;

T₂ — опухоль до 5 см в наибольшем измерении;

T₃ — опухоль более 5 см в наибольшем измерении;

T₄ — опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку или кожу;

T_{4a} — распространение на грудную стенку;

T_{4b} — отек (включая «лимонную корочку») или изъязвление кожи молочной железы, или сателлиты в коже молочной железы;

T_{4c} — признаки, перечисленные в 4a и 4b;

T_{4d} — воспалительная форма рака.

N — регионарные лимфатические узлы:

N_x — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов;

N₀ — нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов, — метастазы в смещаемых подмышечных лимфоузлах на стороне поражения;

N₁ — метастазы в подмышечных лимфатических узлах, фиксированных друг с другом или клинически определяемые метастазы во внутренних лимфоузлах МЖ на стороне поражения;

N₂ — метастазы в подмышечных лимфатических узлах, фиксированных друг с другом или клинически определяемые метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения при отсутствии клинически определяемых метастазов в подмышечных лимфатических узлах.

N_{2a} — метастазы в подмышечных лимфатических узлах, фиксированных друг с другом или с другими структурами на стороне поражения;

N_{2b} — метастазы, определяемые только клинически во внутренних лимфатических узлах молочной железы при отсутствии клинически определяемых метастазов в подмышечных лимфатических узлах;

N_{3a} — метастазы в подключичных лимфатических узлах;

N_{3b} — метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения;

N_{3c} — метастазы в надключичных узлах.

M — отдаленные метастазы:

M_x — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M_0 — нет признаков отдаленных метастазов;

M_1 — имеются отдаленные метастазы (включая метастазы в надключичных лимфатических узлах).

G — гистологическая дифференцировка.

Группировка по стадиям:

— Стадия 0 – $TisN_0M_0$;

— Стадия I - $T_1N_0M_0$;

— Стадия IIa – $T_0N_1M_0$; $T_1N_1M_0$; $T_2N_0M_0$;

— Стадия IIb - $T_2N_1M_0$; $T_3N_0M_0$;

— Стадия IIIa - $T_0N_2M_0$; $T_1N_2M_0$; $T_2N_2M_0$; T_3N_1 ; N_2M_0 ;

— Стадия IIIb - T_4N любая M_0 ; T любая N_3M_0 ;

— Стадия IV - T любая N ; любая M_1 .

Таблица 2.2

Кодировка значений стадийности РМЖ по клинической классификации
(МКБО С50)

Т - первичная опухоль.	N - регионарные лимфатические узлы.	M - отдаленные метастазы.	G - гистопатологическая дифференцировка.	R - классификация
<p>Tx - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.</p> <p>T0 - первичная опухоль не определяется.</p> <p>Tis - преинвазивная карцинома (carcinoma in situ);</p> <p>Tis (DCIS) интродукционная carcinoma in situ;</p> <p>Tis (LCIS) лобулярная carcinoma in situ;</p> <p>Tis (Paget) болезнь Педжета соска без наличия опухолевого узла.</p>	<p>Nx — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.</p> <p>N0 - нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.</p> <p>N1 — метастазы в смешанных подмышечных лимфатических узлах (e) на стороне поражения.</p> <p>N2 - метастазы в подмышечных лимфатических узлах, фиксированных друге другом или клинически* определяемые метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения по ходу внутренней грудной артерии при отсутствии клинически определяемых метастазов в подмышечных лимфатических узлах.</p> <p>N3 - метастазы в подключичных лимфатических узлах с или без метастазов в подмышечных лимфатических узлах либо клинически определяемые метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения при наличии метастазов в подмышечных лимфатических узлах; или метастазы в подключичных лимфатических узлах на стороне поражения с или без метастазов в подмышечных либо внутренних лимфатических узлах молочной железы:</p>	<p>Mx — недостаточно данных для определения отделенных метастазов.</p> <p>M0 - не признаков отделенных метастазов.</p> <p>M1 — имеются отдаленные метастазы (включая метастазы в надключичных лимфатических узлах): категория M1 и pM1 может быть дополнена в зависимости от локализации отделенных метастазов: легкое PUL костный мозг MAR кости OSS плевра PLE печень LIV брюшина BER головной мозг PRA надпочечники ADR</p>	<p>Gx - степень дифференцировки не может быть установлена.</p> <p>G1 - высокая степень дифференцировки.</p> <p>G2 - средняя степень дифференцировки.</p> <p>G3 - низкая степень дифференцировки.</p> <p>G4 — недифференцированные опухоли.</p>	<p>Наличие или отсутствие резидуальных опухолей после лечения обозначается символом R:</p> <p>Rx - недостаточно данных для определения резидуальной опухоли;</p> <p>R0 — резидуальная опухоль отсутствует;</p> <p>R1 — резидуальная опухоль определяется микроскопически;</p> <p>R2 - резидуальная опухоль определяется макроскопически.</p>

	N3a - метастазы в подключичных лимфатических узлах; N3b - метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения; N3c — метастазы в надключичных лимфатических узлах.	лимфатические узлы LYM кожа SKI другие ОТН		
--	--	---	--	--

На основе оценки данных показателей производится группировка их по стадиям заболевания (табл. 2.3).

Таблица 2.3

Группировка показателей TNM по стадиям развития РМЖ (2002)

Стадия 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадия I	T ₁ , T _{1mic}	N ₀	M ₀
Стадия IIa	T ₀	N ₁	M ₀
	T ₁ , T _{1mic}	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
Стадия IIb	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
Стадия IIIa	T ₀	N ₂	M ₀
	T ₁ , T _{1mic}	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁ ,N ₂	M ₀
Стадия IIIb	T ₄	любая N	M ₀
Стадия IIIc	любая T	N ₃	M ₀
Стадия IV	любая T	любая N	M ₁