

remarks about wound infection. *Intern Wound J.* 2013;2:15-22. DOI: 10.1111/iwj.12049

10. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. Version 9.0. [Electronic resource] / EUCAST; 2019. [дата обращения: 2019 Май 20]. Available from: [http://www.eucast.org/clinical\\_breakpoints/](http://www.eucast.org/clinical_breakpoints/)

11. Дедов ИИ, Шестракова МВ, ред. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным с сахарным диабетом. Клинические рекомендации, 8-й выпуск. 2015;20(1S):1-112. doi: 10.14341/DM20171S8

#### REFERENCES

1. Bensman V.M. Hirurgija gnojno-nekroticheskikh oslozhnenij diabeticheskoy stopy. Rukovodstvo dlja vrachej. 2-e pererab i dop izd. Moskva, RF; 2015. 496 p. (in Russ.)

2. Melissa F.Green, Zarrintaj Aliabadi, Bryan T.Green. Diabetic foot: Evaluation and management. *Southern Medical Journal.* 2002;95(1):95-101.

3. Udovichenko OV, Grekova NM. Diabeticheskaja stopa. Rukovodstvo dlja vrachej. Moskva, RF; 2010. 272 p.

4. Kota S.K, Meher L.K, Sahoo S, Mohapatra S, Modi K.D. Surgical revascularization techniques for diabetic foot. *Journal of Cardiovascular Disease Research.* 2013;4(2):79-83. doi: 10.1155/2015/276263

5. Bregovskij VB, Demina AG, Karpova IA Profilaktika sindroma diabeticheskoy stopy u bol'nyh saharным диабетом. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2015;4-5:30-34

6. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th edn. Brussels, Belgium [Electronic resource]. International Diabetes Federation, 2015. – [cited 2020 Febr 19]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org>

7. Miller CN, Carville K, Newall N, Kapp S, Lewin J, Santamaria N. Assessing bacterial burden in wounds: comparing clinical observation and wound swabs. *Int Wound J.* 2011;8:45-55. doi: 10.1111/j.1742-481X.2010.00747.x.

8. «Ob utverzhenii nekotorykh klinicheskikh protokolov»: prikaz Ministerstva zdravoohraneniya Respubliki Belarus', 28.06.2013 №749. Prilozhenie: Klinicheskij protokol diagnostiki i lechenija pacientov s hirurgicheskoy infekciej kozhi i mjagkih tkanej v ambulatornyh uslovijah [Elektronnyj resurs] Nac. centr pravovoj inform. Resp. Belarus'. Minsk, 2016. [data obrashhenija: 2020 Febr 19]. Available from: [http://www.minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/000816197817\\_749.pdf](http://www.minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/000816197817_749.pdf) (in Russ.)

9. Bessa LJ, Fazio P, Di Giulio M, Cellini L. Bacterial isolates from infected wounds and their antibiotic susceptibility pattern: some remarks about wound infection. *Intern Wound J.* 2013;2:15-22. DOI: 10.1111/iwj.12049

10. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. Version 9.0. [Electronic resource] / EUCAST; 2019. [дата обращения: 2019 Май 20]. Available from: [http://www.eucast.org/clinical\\_breakpoints/](http://www.eucast.org/clinical_breakpoints/) (in Russ.)

#### Адрес для корреспонденции

246000, Республика Беларусь,  
г. Гомель, ул. Ланге, 5,  
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
кафедра хирургических болезней №1 с курсом сердечно-  
сосудистой хирургии,  
Тел. моб.: +375 29 6837629,  
e-mail: [trosko.viktoriya.89@inbox.ru](mailto:trosko.viktoriya.89@inbox.ru)  
Сильвистрович Виктория Иосифовна

#### Сведения об авторах

Сильвистрович В.И., ассистент кафедры хирургических болезней №1 с курсом сердечно-сосудистой хирургии, УО «Гомельский государственный медицинский университет».  
<https://orcid.org/0000-0002-9968-5614>

Льзиков А.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 с курсом сердечно-сосудистой хирургии, УО «Гомельский государственный медицинский университет».  
<https://orcid.org/0000-0003-0639-121X>

Каплан М.Л., к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 с курсом сердечно-сосудистой хирургии, УО «Гомельский государственный медицинский университет».  
<https://orcid.org/0000-0001-7782-3281>

Ярец Ю.И., к.б.н., заведующий клинико-диагностической лабораторией ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» Гомель, Республика Беларусь.  
<https://orcid.org/0000-0001-8879-5079>

#### Address for correspondence

5 Lange Street, 246000,  
Gomel, Republic of Belarus,  
Gomel State Medical University,  
Department of Surgical Diseases No.1 with the course of Cardiovascular Surgery,  
Mob.tel.: +375 29 6837629,  
e-mail: [trosko.viktoriya.89@inbox.ru](mailto:trosko.viktoriya.89@inbox.ru)  
Silvistrovich Viktoriya Iosifovna

#### Information about authors

Silvistrovich V.I., Assistant Professor at the Department of Surgical Diseases No. 1 with the course of Cardiovascular Surgery, EI "Gomel State Medical University".

<https://orcid.org/0000-0002-9968-5614>  
Lyzikov A.A., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgical Diseases No.1 with the course of Cardiovascular Surgery, EI "Gomel State Medical University".

<https://orcid.org/0000-0003-0639-121X>  
Kaplan M. L., Associate Professor at the Department of Surgical Diseases No.1 with the course of Cardiovascular Surgery, EI "Gomel State Medical University".

<https://orcid.org/0000-0001-7782-3281>  
Yarets Yu.I., Candidate of Medical Sciences, Head of the Clinical and Diagnostic Laboratory of the SI "Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology", Gomel, Republic of Belarus.

<https://orcid.org/0000-0001-8879-5079>

Поступила 11.02.2020

УДК 616-006.6-08-039.75

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ II И IV КЛИНИЧЕСКИХ ГРУПП

Г. Е. Литвинов<sup>1</sup>, Н. Н. Усова<sup>1</sup>, Н. Л. Ксензов<sup>2</sup>, А. П. Воронина<sup>1</sup>, О. С. Пухович<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница №4»

г. Гомель, Республика Беларусь

**Цель:** оценить эффективность паллиативной помощи пациентам со злокачественными новообразованиями II и IV клинических групп по изменению параметров качества жизни, вне зависимости от стадии развития заболевания и степени злокачественности.

**Материалы и методы.** Обследован 61 пациент, страдающий злокачественными новообразованиями II и IV клинических групп, отделения паллиативной помощи в начале (2-й день) и по завершению курса лечения (14-й день). Исследовалось психоэмоциональное состояние пациента, характеристики болевого синдрома

ма и клиническая мобильность. Эффективность оказания паллиативной помощи оценивалась с помощью стандартизированных опросников и шкал: визуально-аналоговой шкалой боли (ВАШ), опросником для диагностики нейропатической боли, болевым опросником, индексом клинической мобильности Ривермид, шкалой депрессии Бека, шкалой Спилбергера-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности. Индексом напряженности адаптации Гаркави рассчитывалась реактивность организма на заболевание в начале и по завершению паллиативной помощи. Дважды высчитывался лейкоцитарный индекс Кальф-Калифа для оценки динамики эндогенной интоксикации.

**Результаты.** Курс стационарного паллиативного лечения показал эффективность в плане улучшения категории клинической мобильности по шкале Ривермид и психологического состояния пациентов со злокачественными новообразованиями II и IV клинических групп: наблюдалось уменьшение тревоги и депрессии, некоторое снижение уровня болевого синдрома. Индексы Гаркави и Кальф-Калифа не являлись эффективными инструментами для оценки короткого курса лечения.

**Заключение.** Паллиативная стационарная помощь пациентам со злокачественными новообразованиями II клинической группы снижает нежелательные эффекты радикального лечения, повышая при этом качество жизни, а пациентам IV клинической группы, у которых применения радикальных методов не представляется возможным, облегчает страдание.

**Ключевые слова:** онкология, паллиативная помощь, снижение боли, качество жизни.

**Objective:** to evaluate the effectiveness of palliative care in patients with malignant neoplasms of II and IV clinical groups in terms of the changes of the quality of life indicators regardless of the stage of the development of the disease and the degree of its malignancy.

**Material and methods.** 61 patients of the Palliative Care Ward suffering from malignant neoplasms of II and IV clinical groups were examined at the beginning (day 2) and at the end of the treatment course (day 14). The patients' psychoemotional condition, characteristics of pain syndrome and clinical mobility were analyzed. The effectiveness of the palliative care course was evaluated using the standardized questionnaires and scales: visual-analog pain scale, DN4, Pain Detect, Rivermid Mobility Index, Beck Depression Inventory, Spielberger-Hanin Anxiety Scale (assessment of situational and personal anxiety). The Garkawi Adaptation Intensity Index was used to calculate the body's reactivity to the disease at the beginning and upon completion of the palliative care course. The Calf-Caliph leukocyte index was calculated twice to assess the dynamics of endogenous intoxication.

**Results.** The course of the inpatient palliative treatment has showed its effectiveness by improving the category of clinical mobility on the Rivermid scale and the psychological condition of the patients with malignant neoplasms of II and IV clinical groups: there was a decrease in anxiety and depression, some decrease in the degree of pain syndrome. The Garkawi and Calf-Caliph indices were not effective tools for the assessment of the short treatment course.

**Conclusion.** Inpatient palliative care for patients with malignant neoplasms of II clinical group reduces undesirable effects of radical treatment, thus improving the quality of life, and it relieves the suffering in the patients of IV clinical group in whom the application of radical methods is not possible.

**Key words:** oncology, palliative care, pain decrease, quality of life.

G. E. Litvinov, N. N. Usova, N. L. Ksenzov, A. P. Voronina, O. S. Pukhovich  
Effectiveness of Palliative Care in Patients with Malignant Neoplasms of II and IV Clinical Groups  
Problemy Zdorov'ya i Ekologii. 2020 Jan-Mar; Vol 63 (1): 50–58

### Введение

Паллиативная помощь формируется из двух больших частей — это облегчение страданий пациента на протяжении всего периода заболевания (параллельно с основным радикальным лечением) и помощь (медицинская, психологическая, социальная, духовная), когда применение радикальных методов не представляется возможным [1–3].

В настоящее время развитие новых методов комбинированного лечения пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями (ЗНО), диктует необходимость оценивать результаты данного лечения не только по показателям выживаемости, но и по параметрам качества жизни (КЖ) [4–6]. И в этом случае именно паллиативная помощь обеспечивают улучшение КЖ. Многочисленные исследования показали, что у пациентов со ЗНО, которым осуществлялась последовательная ком-

плексная восстановительная коррекция осложнений, связанных с оперативным вмешательством, лучевым или фармакологическим лечением, не только улучшалось КЖ и социальный статус, но и снижался риск развития рецидивов и метастазирования ЗНО [7–9]. Тезис о КЖ, как о важном количественно измеряемом конечном результате, в настоящее время применяется во многих сферах медицины и МР, но впервые он был разработан для пациентов именно онкологического профиля. Понятие КЖ предполагает удовлетворенность человека своим физическим состоянием, психологическим состоянием и социальным статусом [10, 11]. При этом субъективные элементы достойны значительно большего внимания при решении вопроса о помощи пациенту по сравнению с традиционно используемыми биомедицинскими показателями, такими как: заболеваемость, смертность, частота осложнений и др. [12].

Прослеживается высокая корреляция уровня КЖ с показателями выживаемости [11].

Одной из приоритетных задач паллиативной помощи является оказание полноценного обезболивающего лечения пациентам, страдающим ЗНО. Так, по данным ВОЗ, 80 % пациентов, страдающих ЗНО, нуждаются в обезболивании [13]. На начальных стадиях развития ЗНО только 35–50 % пациентов жалуются на боль; при ее прогрессировании их число увеличивается до 75 %, а в терминальной стадии составляет 95–100 % [14]. Если боль длится более трех месяцев без устранения ее причины, то, согласно определению Международной ассоциации по изучению боли, ее можно описать, как хронический болевой синдром (ХБС) [15]. ХБС у пациентов со ЗНО угнетает дыхание, кровообращение, иммунитет, вызывает метаболические расстройства, депрессию, суицидальные мысли и настроения и тем самым снижает качество и сокращает длительность жизни [16, 17].

Следующей глобальной проблемой является изменение психоэмоционального состояния пациента [18]. ЗНО относятся к сфере одной из наиболее психотравмирующих и могут привести к возникновению тяжелых психосоциальных последствий. На поздних стадиях развития ЗНО присутствие психоэмоционального дистресса, значительно ухудшающего КЖ, является общим для всех пациентов [19]. Манифестируют депрессия, тревога, чувство страха. Большинство пациентов со ЗНО подвержены включению компенсаторных механизмов, таких как пассивность или отрицание [20–22].

ЗНО затрагивает в разной степени все параметры КЖ пациента, но утрату мобильности, как потерю независимости, человек воспринимает наиболее тягостно. Степень клинической мобильности определяется состоянием и интегрированной деятельностью многих органов и систем: локомоторного аппарата (костно-мышечно-суставная система, включая ее иннервацию и кровоснабжение), систем ориентации (зрение, слух, вестибулярный аппарат, осязание), психической деятельностью и др. [12]. Однако, в первую очередь, мобильность зависит от состояния локомоторных функций, нарушение которых сказывается на этой способности, тогда как поражение других систем вызывает ее ограничение только при значительной и резкой их выраженности [12]. Нарушение мобильности у пациентов со ЗНО и степень ее выраженности обусловлены многими составляющими. Во-первых, кахексией, паранеопластическим синдромом, характеризующимся прогрессирующей потерей скелетно-мышечной массы, которая не может быть полностью устранена обычной диетической под-

держкой и ведет к прогрессирующему функциональному нарушению. Происхождение данной кахексии является многофакторным процессом, но прежде всего включает в себя снижение потребления пищи и аномальный энергетический метаболизм, обусловленный провоспалительными цитокинами, выделяемыми опухолевыми клетками, такими как IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$  и ядерным фактором каппа-B-клеток (NF- $\kappa$ B) [23].

Однако не только ЗНО, но и цитостатики влияют на кахексию и препятствуют поддержанию нормального питания. Фармакологическая и лучевая терапия вызывают побочные эффекты, такие как тошнота, рвота, трудности с глотанием, мукозит, изменение вкуса, быструю истощаемость, а также ухудшение пищевого дисбаланса в результате развития системного воспаления [24]. Значимым фактором в развитии нарушения клинической мобильности является периферическая полинейропатия, которая может возникать как паранеопластическое проявление, но в большинстве случаев она является побочным эффектом химиотерапии [25]. Данное осложнение у пациентов со ЗНО после радикального лечения представляет собой сенсорную полинейропатию с такими симптомами, как: покалывание, гипералгезия и аллодиния. Иногда она может вызывать двигательные и вегетативные симптомы. Пациенты сначала испытывают онемение конечностей, а затем потерю позиционного ощущения [26]. По оценкам, распространенность полинейропатии, обусловленной химиотерапией, составляет около 68 % в первый месяц после лечения, 60 % — через 3 месяца и через 6 месяцев 30 % пациентов продолжают страдать от данной патологии [27]. В дальнейшем она может сохраняться на протяжении многих лет, определяя инвалидность и снижение КЖ [28].

Следующая составляющая, которая снижает клиническую мобильность — лимфедема. Общий риск развития лимфедемы для всех видов ЗНО оценивается в 15,5 % [29]. Риск развития лимфедемы — это пожизненный риск, который со временем не уменьшается. Лимфедема может возникать после хирургического лечения ЗНО молочной железы, ЗНО органов малого таза женщин, ЗНО предстательной железы, головы, шеи, а также меланомы и саркомы [28, 30]. Также на клиническую мобильность влияют психологический (депрессия и тревога) и психофизиологический (боль, нарушение сна, усталость) аспекты. Американская Национальная Комплексная Сеть по борьбе с раком (NCCN) определяет связанную со ЗНО усталость (CRF), как тревожное, постоянное, субъективное чувство физического, эмоционального и когнитивного истощения, связан-

ного со ЗНО или его лечением, которое непропорционально недавним усилиям и мешает повседневной деятельности [31]. Данная усталость, является более интенсивной и более тяжелой, чем нормальная усталость, и не уменьшается во время сна или отдыха, наоборот, отдых может ее усугубить [32].

И наконец, сопутствующая соматическая патология и связанная с ней органная недостаточность, а также неполноценность той или иной системы организма, возникающая в результате метастатического поражения или анатомической дефективности вследствие ампутации, значительно снижают клиническую мобильность.

#### **Цель исследования**

Оценить эффективность стационарного этапа паллиативной помощи пациентам, страдающим ЗНО II и IV клинических групп, по изменению степени выраженности нарушения категории «клиническая мобильность» по шкале Ривермид, динамике параметров психологического статуса и уровня болевого синдрома, изменению индекса напряженности адаптации Гаркави и лейкоцитарного индекса эндогенной интоксикации Кальф-Калифа.

#### **Материалы и методы**

Исследование выполнено в 2019 г. на базе отделения паллиативной помощи государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 4». Обследован 61 пациент со ЗНО II и IV клинических групп: 30 женщин (49,2 %) и 31 мужчина (50,8 %), средний возраст которых составил  $64,8 \pm 10,5$  года (мужчин  $63,5 \pm 8,9$  года, женщин  $66,2 \pm 11,9$  года). IV клиническая группа была определена 34 пациентам (55,7 %), со II клинической группой проходили реабилитацию 27 исследуемых (44,3 %). Локализация ЗНО у наблюдаемых лиц по первичному поражению распределилась следующим образом: ЗНО легких и средостения — 16 человек (26,2 %), ЗНО желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — 14 случаев (22,9 %), ЗНО молочной железы — 11 пациенток (18 %), ЗНО матки (8,2 %) и печени (8,2 %) — по 5 случаев, 4 случая (6,5 %) — ЗНО предстательной железы, поражение почек — 3 пациента (4,9 %) и по 1 случаю — гортань (1,6 %), брюшина (1,6 %), а также меланома (1,6 %).

Тестирование проводилось дважды: на второй день после поступления в отделение паллиативной помощи и по завершению курса лечения — на четырнадцатый. Исследовалось психоэмоциональное состояние пациента, уровень болевого синдрома и клиническая мобильность. В этом исследовании приняли участие только те пациенты, которым в период паллиативной помощи не осуществлялась гемотрансфузия, так как изучалась прямая зави-

симость между динамикой данных категорий и лабораторными показателями. Реабилитационные мероприятия проводились согласно протоколам лечения на основании приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Эффективность реабилитационных мероприятий оценивалась с помощью стандартизированных опросников: ВАШ, «опросник для диагностики нейропатической боли» (DN4) и болевой опросник (Pain Detect) [27]. Для исследования клинической мобильности пациента применялся индекс мобильности Ривермид (Rivermead mobility index). По шкале депрессии Бека (Beck Depression Inventory), шкале личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина нами фиксировалось психическое состояние пациента. Кроме этого для оценки реактивности организма дважды, соответственно, в начале и по завершению реабилитационных мероприятий рассчитывали индекс напряженности адаптации Гаркави (ИГ), как показатель соразмерности ответной реакции клеток крови на стрессогенное воздействие. Существует фундаментальное количественно-качественное представление, что в ответ на действие раздражителей, различных по количеству, то есть по степени своей биологической активности в организме развиваются всевозможные по качеству, но при этом всегда стандартные адаптационные реакции. Наиболее известной универсальной адаптационной реакцией организма является стресс, как чрезвычайное проявление общего адаптационного синдрома [28, 29]. Адаптационную реакцию стресса (РС) определяют низкие значения лимфоцитарного индекса (ЛИ) — 0,31 и ниже. ЛИ определяется по отношению процента лимфоцитов к проценту сегментоядерных нейтрофилов. В нормальном состоянии тип реакции адаптации соответствует понятию реакции спокойной активации (РСА) — в интервале значений ЛИ от 0,52 до 0,71 и реакции повышенной активации (РПА) — при значении ЛИ 0,72 и выше. Промежуточное положение между РС и реакцией активации (РА) занимает реакция тренировки (РТ) — в окне значений ЛИ от 0,32 до 0,51. И если РА по сути является анаболической, то РС, соответственно, катаболической. Также дважды нами высчитывался лейкоцитарный индекс Кальф-Калифа (ЛИИ) для оценки динамики эндогенной интоксикации под воздействием проводимых реабилитационных мероприятий.

У всех пациентов получено информированное согласие. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы «Statistica», 10.0. Для оценки различий количественных признаков между двумя независимыми группами использовали критерий Манна-Уитни, а между

зависимыми показателями - тест Вилкоксона. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05. Для оценки статистической значимости различий относительных показателей мы применили критерий согласия Пирсона ( $\chi^2$ ). Результаты представлены в виде стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ), а при отсутствии соответствия нормальному распределению — в виде медианы (Med) и верхнего-нижнего квартилей (LQ; UQ).

#### Результаты и обсуждение

Несмотря на то, что из обследованных пациентов наибольшая доля — 26,2 % (16 человек) приходилась на пациентов со ЗНО легких и средостения, самая частая локализация боли — 27,9 % (17 человек) отмечалась в эпигастральной области и правом подреберье у пациентов, страдающих ЗНО ЖКТ и печени. Это обусловлено тем, что при ЗНО легких и средостения только 43,7 % пациентов испытывали боль в месте первичного очага, у остальных боль определялась либо в месте метастатического поражения, либо вообще отсутствовала. А вот в группе пациентов со ЗНО ЖКТ и печени частота болевого синдрома в месте первичного очага увеличивалась в несколько раз.

Локализацию боли в области малого таза отмечали 22,9 % (14 человек), легких — 11,5 % (7 человек), мезогастральной и левой подвздошной областях — 8,2 % (5 человек), молочной железы — 8,2 % (5 человек); костей скелета — 4,9 % (3 человека), поясничной области — 4,9 % (3 человека), анатомических структур области головы и шеи — 4,9 % (3 человека), «болит все тело» — 3,3 % (2 человека), боль не локализовали — 3,3 % (2 человека).

Совокупный балл по шкале ВАШ на вторые сутки в момент обследования составил 4,0 (2,0; 5,0), самая сильная боль в течение двух недель равнялась 5,0 (3,0; 6,0), а средний уровень боли — 4,0 (2,0; 5,0) баллам. После курса паллиативной помощи указанные показатели незначимо уменьшились: ВАШ в момент обследования — 3,0 (1,0; 4,0), самая сильная боль в течение двух недель — 4,0 (3,0; 5,0), а средний уровень боли — 3,0 (2,0; 4,0) балла,  $p < 0,005$  согласно Wilcoxon-test.

Показатели соотношения различного уровня интенсивности болевого синдрома в выделенных группах с помощью ВАШ до и после курса лечения представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Соотношение интенсивности боли, оцененной с помощью ВАШ до и после курса лечения

Уровень боли	Боль в момент обследования, п/о		Самая сильная боль в течение двух недель, п/о		Средний уровень боли в течение двух недель, п/о	
	1	2	1	2	1	2
Нет боли	2/3,2 %	4/6,5 %	—	1/1,6 %	—	1/1,6 %
Слабая боль	25/40,3 %	39/62,9 %	16/25,8 %	27/43,5 %	26/41,9 %	40/64,5 %
Умеренная боль	35/56,5 %	19/30,6 %	42/67,7 %	31/50,0 %	36/58,1 %	21/33,9 %
Сильная боль	—	—	4/6,5 %	3/4,8 %	—	—

Примечания: 1 — до лечения; 2 — после лечения

Как видно из данных таблицы, преобладали пациенты с умеренным болевым синдромом и данное соотношение сохранялось после курса, однако уровень боли непосредственно после курса лечения более половины пациентов оценивали как слабый.

Таким образом, проведенный курс паллиативной помощи пациентам со ЗНО II и IV клинических групп несколько снизил уровень болевого синдрома, тем самым повысил КЖ.

Для оценки нейропатического компонента боли был использован опросник DN4. В исследуемой группе доля пациентов с нейропатической болью при поступлении составила 17,7 % (10 чел.), из них у 4 пациентов (40 %) данный компонент боли был обусловлен полинейропатией, развившейся после проведенного курса химиотерапии. Это пациенты II клинической группы. У 3 пациентов (30 %) IV клинической группы лимфедема нижних конечностей способствовала появлению данного вида боли. Еще 2 пациента (20 %) имели

метастатическое поражение спинного мозга и тоже относились к IV клинической группе. И наконец, у 1 пациента (10 %) IV клинической группы наблюдался фантомно-болевым синдром, который относится к ХБС и является нейропатическим. Итоговый балл DN4 группы (пациенты с нейропатическим компонентом боли) составил до лечения 2,0 (2,0; 3,0), после лечения — 2,0 (1,0; 2,0) и показал значимую разницу ( $p < 0,005$  согласно Wilcoxon-test). К стандартной терапии в DN4 группе был добавлен такой антиконвульсант, как карбамазепин. Начальная суточная доза составила 100 мг/сут, с последующим повышением до 600 мг/сут. Это, а также комплексное использование местных анестетиков в виде спрея (лидокаин спрей 10 %), антидепрессантов (амитриптилин, 50 мг/сут) позволило уменьшить нейропатический компонент боли.

Проведено сравнение выраженности нейропатической боли в группах с различной ее интенсивностью по шкале DN4 (таблица 2).

Таблица 2 — Нейропатический компонент в группах боли разной интенсивности

Интенсивность болевого синдрома	DN4 до лечения	DN4 после лечения
Слабая, n = 25	2,0 (1,0; 2,0)	1,0 (1,0; 2,0)
Умеренная, n = 35	3,0 (2,0; 3,0)	2,0 (2,0; 2,0)

Таким образом, в начале паллиативного лечения мы наблюдали, что при повышении интенсивности болевого синдрома нарастала выраженность нейропатического компонента боли, однако на фоне проведенной комплексной терапии наблюдалось его уменьшение.

Тревога и депрессия закономерно часто возникали у пациентов со ЗНО, отягощали течение заболевания и значительно ухудшали качество жизни. Анализ указанных эмоциональных состояний приведен в таблице 3.

У обследованных пациентов уровень реактивной и личностной тревожности при поступлении в стационар был достаточно высоким, при этом уро-

вень реактивной тревожности был значимо больше по сравнению с личностной тревожностью. В то же время уровень депрессии этих пациентов фиксировался как легкий (субдепрессия). В динамике зарегистрировано статистически достоверное снижение показателей тревожности и депрессии, причем показатель личностной тревожности после курса паллиативной помощи снизился до значений среднего уровня, а депрессия отсутствовала либо была легкой.

Также нами была исследована клиническая мобильность пациентов по индексу мобильности Ривермид в выделенных группах (таблица 4).

Таблица 3 — Уровень депрессии и степень выраженности личностной и реактивной тревожности

Время обследования	Опросник Бека	Реактивная тревожность	Личностная тревожность
До лечения	14,5 (10,0; 18,0)	53,0 (46,0; 60,0)	44,5 (38,0; 53,0)
После лечения	8,0 (5,0; 11,0)*	48,0 (43,0; 53,0)*	43,0 (37,0; 49,0)*

\* —  $p < 0,05$  согласно Wilcoxon-test

Таблица 4 — Индекс мобильности Ривермид

Время обследования	Индекс Ривермид
До лечения	7,0 (5,0; 12,0)
После лечения	8,0 (6,0; 13,0) *

\* —  $p < 0,05$  согласно Wilcoxon-test

Установлено увеличение уровня клинической мобильности пациентов со ЗНО II и IV клинических групп после проведенного курса паллиативной помощи.

Оценивая индекс Гаркави, мы выявили, что до курса паллиативной помощи у 46 пациентов (75,4 %) его значения соответствовали РС. После курса лечения РС фиксировалась у 44 человек (72,1 %).

У 7 (11,5 %) обследуемых индекс Гаркави изначально был в окне значений РТ, после паллиативной помощи РТ отмечалась уже у 11 человек (18 %). У 3 пациентов (4,9 %) при первом обследовании значения ЛИ соответствовали РСА, после 12 дней лечения РСА фиксировалась у 2 человек (3,3 %). И наконец, РПА при поступлении в отделение паллиативной помощи была зафиксирована у 5 пациентов (8,2 %), а перед выпиской данному критерию соответствовали 4 обследуемых (6,5 %). Для оценки статистической значимости различий этих относительных показателей нами был использован  $\chi^2$  Пирсона, который оказался рав-

ным 1,24, где степень свободы — 3, а  $p = 0,74$ . Статистической разницы не обнаружено. Таким образом, в нашем исследовании было выявлено, что реабилитационные мероприятия в условиях отделения паллиативной помощи у пациентов со ЗНО II и IV клинических групп не влияют на динамику индекса Гаркави.

При рассмотрении динамики эндогенной интоксикации нами было установлено, что только 17 пациентов (27,8 %) поступили в стационар с нормальным ЛИИ. У 2 человек (3,27 %) он был ниже нормального значения (меньше, чем 0,3), это — пациенты II клинической группы, только что прошедшие курс химиотерапии, а у оставшихся 42 (68,9 %) человек он превышал нормальные границы (больше, чем 1,5). Причем у 14 пациентов (22,9 %) значение ЛИИ было чрезвычайно высоким (больше 7). После паллиативного лечения нормальные показатели ЛИИ регистрировались уже у 19 человек (31,1 %). И хотя на 42 % снизилось количество пациентов в подгруппе с чрезвычайно высоким (выше 7) индексом Кальф-Калифа — их стало

8 человек (13,1 %), общее число обследуемых с повышенным индексом эндогенной интоксикации оставался значимым — 42 (68 %). Оценивая статистическую значимость различий значений ЛИИ до паллиативной помощи и после, мы получили:  $\chi^2$  Пирсона — 2,01; степень свободы — 3;  $p = 0,57$ , что свидетельствует об отсутствии статистической разницы.

### Заключение

Таким образом, курс стационарного паллиативного лечения у пациентов со ЗНО II и IV клинических групп показал клиническую эффективность в отношении снижения уровня болевого синдрома, тревоги, депрессии, а также увеличения клинической мобильности по индексу Ривермид. Лабораторные показатели эндогенной интоксикации и уровня стресса достоверно не изменялись, что отражает высокую степень напряжения адаптационных систем, а также торпидность указанных механизмов.

### ЛИТЕРАТУРА

- Смычек ВБ, Литвинов ГЕ, Май ЕА, Шпанькова НВ, Галиновская НВ. Применение электромагнитного излучения крайне высокой частоты в реабилитации пациентов с онкологической патологией в условиях отделения паллиативной помощи. *Проблемы Здоровья и Экологии*. 2019;2(60):27-31.
- Костина НИ, Кропачева ОС. Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи. *Злокачественные Опухоли*. 2016;4(1):59-63.
- Новиков ГА. Курс лекций по паллиативной медицине. Москва, РФ; 2017. с.511-630.
- Ульрих ЕА, Тамбиева ЗА, Кутушева ГФ. и др. Качественные характеристики жизни у молодых больных раком шейки матки после радикального лечения. *Сибирский Онкол Журн*. 2008;1(25):18-22.
- Ульрих ЕА, Тамбиева ЗА, Урманчеева АФ, Моисеенко ВМ. Качество жизни больных раком шейки матки I, II стадий после радикальных методов лечения. *Вопросы Онкологии*. 2007;6(53):717-21.
- Молчанов СВ, Коломиец ЛА, Гриднева ТД. Роль реабилитации в повышении качества жизни онкологических больных репродуктивного возраста после противоопухолевого лечения. *Сибирский Онкол Журн*. 2012;3(51):46-49.
- Astin JA, Shapiro J, Shapiro DH. Psychological control and morbidity/mortality in breast cancer patients: A 20 year follow-up study. *Behavioral Med*. 2013;39:7-10.
- Saotome T, Klein L, Faux S. Cancer rehabilitation: a barometer for survival? *Support Care Cancer*. 2015;23(10):3033-41.
- Silver JK, Baima J, Mayer RS. Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. *CA Cancer J Clin*. 2013;63(5):295-317.
- Болучевская ВВ, Павлюкова АИ. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом. *Мед Психология в России*. 2011;4:14-19.
- Новик АА, Ионова ТИ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание. Сер. Медицина XXI века. Москва, РФ: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп»; 2007. 313 с.
- Латышева ВЯ, Ковальчук ПН, Абрамов БЭ. Основные положения медицинской реабилитации. Учебно-методическая разработка к практ занятию по мед реабилитации для студ V курса лечебно-профилакт факультета. Гомель, Беларусь: ГомГМУ; 2005. 56 с.
- Курамагомедова УМ, Мирзаханов РИ, Абрамян АА. Ведущие тягостные симптомы и сопутствующая патология у больных злокачественными новообразованиями паллиативного профиля. *Вестн Совета Молодых Ученых и Спец Челябинской Обл*. 2018;1(20):31-34.
- Каприна АД, Старинский ВВ, Петрова ГВ. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). Москва, РФ: Московский НИ онкол институт им П.А. Герцена; 2017. 250 с.
- Каприна АД, Старинский ВВ, Петрова ГВ. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Москва, РФ: Московский НИ онкол институт им П.А. Герцена; 2015. 250 с.
- Ганцев ШХ. и др. Амбулаторно-поликлиническая онкология. Руководство для врачей. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2012. 448 с.
- Кудряшова ЛН. Организация паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в Республике Башкортостан. *Паллиативная Медицина и Реабилитация*. 2014;2:39-43.
- Смоленчук АВ, Серпухова ОЮ, Усова НН, Литвинов ГЕ. Оценка эффективности действия amitriptилина на депрессию и тревожные состояния у пациентов с онкологической патологией. В кн: Проблемы и перспективы развития современной медицины: сб. науч. ст. XI Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студ. и молодых ученых; 2019, 2-3 мая. Гомель, Беларусь, 2019;4:174-75.
- Ганиев ДФ, Хабибулаев ШЗ, Джурабекова КМ, Шарипова НМ, Сайфутдинова МБ. Оценка психосоматического статуса при оказании паллиативной помощи онкологическим больным. *Вестн Академии Мед Наук Таджикистана*. 2017;2(22):10-15.
- Wang L, Piet L, Kenworthy CM et al. Association between palliative case management and utilization of inpatient, intensive care unit, emergency department, and hospice in Medicaid beneficiaries. *Am J Hosp Palliat Care* 2015;3:32-216.
- Чиссов ВИ. Онкология. Национальное руководство. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 624 с.
- Чиссов ВИ. Руководство по онкологии. Москва, РФ: Медицинское информационное агентство; 2008. 840 с.
- Nicolini A, Ferrari P, Masoni MS, Fini M, Pagani C, Jumpsietro O, Carpi A. Malnutrition, anorexia and cachexia in cancer patients: a mini-review on pathogenesis and treatment. *Pharmakoter biohoney*. 2013;67:807-17.
- Suzuki H, Asakawa A, Amitani N, Nakamura N, Inui A. Cancer cachexia - pathophysiology and treatment. *J Gastroenterol*. 2013;48:574-94.
- Carozzi VA, Canta A, Chiorazzi A. Chemotherapy caused by peripheral neuropathy: what do we know about the mechanisms? *Neurosci Lett*. 2015;596:90-107.
- Ferenbacher YS, Peripheral neuropathy caused by chemotherapy. *Prog Mol Biol Transl Sci*. 2015;131:471-508.
- Seret M, Kerry GL, Cena ES, Ramnarin S, Grant R, Macleod MR, Colvin LA, Fallon M. Incidence, prevalence and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2014;155:2461-70.
- Strumberg D, Brugge S, Korn MW, Köppen S, Ranft D, Sheiber G, Reiners S, Mockel S, Zieber S, Shoilen ME. Evaluation of long-term toxicity in patients after cisplatin-based chemotherapy in non-heminomatous ovarian cancer. *Ann Onkol*. 2002;13:229-36.
- Tivari P, Koriddi M, Salani R, Povoski SP. Lymphedema limbs, associated with breast cancer and gynaecological diseases: overview of diagnostic methods and treatments. *World J Surg Oncol*. 2013;11:237.
- Armer JM, Stuart BR. Lymphedema after breast cancer: incidence increases from 12 to 30 months to 60 months. *Limfologiya*. 2010;43:118-27.
- Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Brightbart VS, Carpenter KM, Cella D, Cleveland C, Dotan E, Eisenberger MA, Escalante KP, Jacobsen PB, etc. Cancer-related fatigue, version 2.2015. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015;1:1012-39.
- Tomlinson D, Diorio C, Beien J, Sun L. The impact of exercise on cancer-related fatigue: meta-analysis. *Am J Phys Med Rehabil*. 2014;93:675-86.
- Бахтадзе МА, Болотов ДА, Кузьминков КО, Захарова ОБ, Падун МП. Лингвистическая адаптация второй сокращенной формы Мак-Гилловского болевого опросника. *Рос Журн Боли*. 2015;2(47):26-29.
- Selye H. The evaluation of the stress concept. *Am Scientist*. 1973;62:642-649.
- Гаркави ЛХ, Квакина ЕБ, Уколова МА. Адаптационные реакции и резистентность организма. 3-е изд., доп. Ростов н/Д, РФ. 1990. 224 с.

### REFERENCES

- Smychek WB, Litvinov GE, May EA, Spanikova NV, Galinovskaya NV. The use of extremely high frequency electromagnetic radiation in the rehabilitation of patients with cancer in the palliative care unit. *Problems of Ecology and health*. 2019;2(60):27-31. (in Russ.)

2. Kostina NI, Kropacheva OS. Psychological assistance to patients with cancer pathology and their relatives at the stage of inpatient care. *Malignant Tumor*. 2016;4(1):59-63. (in Russ.)
3. Novikov GA. Course of lectures on palliative medicine. Moscow, RF; 2017. p. 511-630. (in Russ.)
4. Ulrich EA, Tambieva ZA, Kutusheva GF. and others. Qualitative characteristics of life in young patients with cervical cancer after radical treatment. *Siberian Journal of Oncology*. 2008;1(25):18-22. (in Russ.)
5. Ulrich EA, Tambieva ZA, Urmancheeva AF, Moiseenko VM. Quality of life of patients with cervical cancer of stages I and II after radical treatment methods. *Questions of Oncology*. 2007;6(53):717-21. (in Russ.)
6. Molchanov SV, Kolomiets LA, Gridneva TD. The role of rehabilitation in improving the quality of life of cancer patients of reproductive age after antitumor treatment. *Siberian Journal of Oncology*. 2012;3(51):46-49. (in Russ.)
7. Astin JA, Shapiro J, Shapiro DH. Psychological control and morbidity/mortality in breast cancer patients: A 20 year follow-up study. *Behavioral Med*. 2013;39:7-10.
8. Saotome T, Klein L, Faux S. Cancer rehabilitation: a barometer for survival? *Support Care Cancer*. 2015;23(10):3033-41.
9. Silver JK, Baima J, Mayer RS. Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. *CA Cancer J Clin*. 2013;63(5):295-317.
10. Boluchevsky BB, tags AI. Doctor communication: creating positive relationships and mutual understanding with the patient. *Medical Psychology in Russia*. 2011;4:14-19. (in Russ.)
11. Novik AA, Ionova TI. Guide to quality of life research in medicine. 2nd edition. Ser. Medicine of the XXI century. Moscow, Russia: «OLMA Media Group» CJSC; 2007. 313 p. (in Russ.)
12. Latysheva VYa, Kovalchuk PN, Abramov BE. Basic provisions of medical rehabilitation. Educational and methodological development for practical training in medical rehabilitation for students of the V course of the faculty of medicine and prevention. Gomel, Belarus: GomGMU; 2005. 56 p. (in Russ.)
13. Kuramagomedova UM, Mirzakanov RI, Abramyan AA. Leading painful symptoms and concomitant pathology in patients with malignant neoplasms of palliative profile. Bulletin of the Council of young scientists and specialists of the Chelyabinsk region. 2018;1(20):31-34. (in Russ.)
14. Kaprina AD, Starinsky VV, Petrova GV. Malignant neoplasms in Russia in 2015 (morbidity and mortality). Moscow, Russia: Herzen Moscow cancer research Institute; 2017. 250 p. (in Russ.)
15. Kaprina AD, Starinsky VV, Petrova GV. Malignant neoplasms in Russia in 2013 (morbidity and mortality). Moscow, Russia: Herzen Moscow cancer research Institute; 2015. 250 p. (in Russ.)
16. Ganzev ShH. and others. Outpatient Oncology. A guide for physicians. Moscow, Russia: GEOTAR-Media; 2012. 448 p. (in Russ.)
17. Kudryashova LN. Organization of palliative care for cancer patients in the Republic of Bashkortostan. *Palliative Medicine and Rehabilitation*. 2014;2:39-43. (in Russ.)
18. Smolenchuk AV, Serpukhova OYu, Usova NN, Litvinov GE. Evaluation of the effectiveness of amitriptyline on depression and anxiety in patients with cancer. In the book: Problems and prospects of development of modern medicine: collection of scientific articles of the XI Republican scientific-practical conference with international participation of students and young scientists; 2019, may 2-3. Gomel, Belarus, 2019;4:174-75. (in Russ.)
19. Ganiev DF, Khabibulaev ShZ, Dzhurabekova KM, Sharapova NM, Sayfutdinova MB. Assessment of psychosomatic status in palliative care for cancer patients. *Bulletin of the Academy of medical Sciences of Tajikistan*. 2017;2(22):10-15. (in Russ.)
20. Wang L, Piet L, Kenworthy CM et al. Association between palliative case management and utilization of inpatient, intensive care unit, emergency department, and hospice in Medicaid beneficiaries. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;3:32-216.
21. Chissov VI. Oncology. National leaders. Moscow, Russian Federation: GEOTAR-media; 2017. 624 p. (in Russ.)
22. Chissov VI. Guide to Oncology. Moscow, Russia: Medical news Agency; 2008. 840 p. (in Russ.)
23. Nicolini A, Ferrari P, Masoni MS, Fini M, Pagani C, Jumpietro O, Carpi A. Malnutrition, anorexia and cachexia in cancer patients: a mini-review on pathogenesis and treatment. *Pharmakoter biohoney*. 2013;67:807-17.
24. Suzuki H, Asakawa A, Amitani N, Nakamura N, Inui A. Cancer cachexia - pathophysiology and treatment. *J Gastroenterol*. 2013;48:574-94.
25. Carozzi VA, Canta A, Chiorazzi A. Chemotherapy caused by peripheral neuropathy: what do we know about the mechanisms? *Neurosci Lett*. 2015;596:90-107.
26. Ferenbacher YS. Peripheral neuropathy caused by chemotherapy. *Prog Mol Biol Transl Sci*. 2015;131:471-508.
27. Seret M, Kerry GL, Cena ES, Ramnarin S, Grant R, Macleod MR, Colvin LA, Fallon M. Incidence, prevalence and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2014;155:2461-70.
28. Strumberg D, Brugge S, Korn MW, Köppen S, Ranft D, Sheiber G, Reiners S, Mockel S, Zieber S, Shoilen ME. Evaluation of long-term toxicity in patients after cisplatin-based chemotherapy in non-hemionomatous ovarian cancer. *Ann Onkol*. 2002;13:229-36.
29. Tivari P, Koriddi M, Salani R, Povoski SP. Lymphedema limbs, associated with breast cancer and gynaecological diseases: overview of diagnostic methods and treatments. *World J Surg Oncol*. 2013;11:237.
30. Armer JM, Stuart BR. Lymphedema after breast cancer: incidence increases from 12 to 30 months to 60 months. *Limfologiya*. 2010;43:118-27.
31. Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Brightbart VS, Carpenter KM, Cella D, Cleveland C, Dotan E, Eisenberger MA, Escalante KP, Jacobsen PB, etc. Cancer-related fatigue, version 2.2015. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015;1:1012-39.
32. Tomlinson D, Diorio C, Beien J, Sun L. The impact of exercise on cancer-related fatigue: meta-analysis. *Am J Phys Med Rehabil*. 2014;93:675-86.
33. Bakhtadze MA, Bolotov DA, Kuzminkov KO, Zakharova OB, Padun MP. Linguistic adaptation of the second abbreviated form of the McGill pain questionnaire. *Russian J of Pain*. 2015;2(47):26-29. (in Russ.)
34. Selye H. The evaluation of the stress concept. *Am Scientist*. 1973;62:642-49.
35. Garkavi LH, Kvakina EB, Ukolova MA. Adaptive reactions and resistance of the organism. 3rd edition, updated. Rostov on/D, Russia. 1990. 224 p. (in Russ.)

**Адрес для корреспонденции**

246013, Республика Беларусь,  
г. Гомель, ул. Ильича, д. 288,  
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской  
реабилитации и психиатрии,  
Тел. моб.: +375 29 363 32 51,  
e-mail: litwinoffgen@yandex.ru  
Литвинов Геннадий Евгеньевич

**Сведения об авторах**

Литвинов Г.Е., ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии УО «Гомельский государственный медицинский университет».

<https://orcid.org/0000-0002-4899-7159>

Усова Н.Н., к.м.н., доцент, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии УО «Гомельский государственный медицинский университет».

<https://orcid.org/0000-0003-2575-4055>

Ксензов Н.Л., врач-онколог, заведующий отделением паллиативной помощи ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница №4».

<https://orcid.org/0000-0003-1432-5415>

Воронина А.П., врач-субординатор УО «Гомельский государственный медицинский университет».

<https://orcid.org/0000-0002-1056-7866>

Пухович О.С., врач-субординатор УО «Гомельский государственный медицинский университет».

<https://orcid.org/0000-0002-03262-6936>

**The address for correspondence**

288 Ilyicha Street, 246013,  
Gomel, Republic of Belarus,  
Gomel State Medical University,  
Department of Neurology and Neurosurgery with the courses  
of Medical Rehabilitation and Psychiatry,  
Tel.mob.:+ 375 29 363 32 51,  
e-mail: litwinoffgen@yandex.ru  
Litvinov Gennady Evgenyevich

**Information about authors**

Litvinov G.E., assistant lecturer at the Department of Neurology and Neurosurgery with the courses of Medical Rehabilitation and Psychiatry of the EI "Gomel State Medical University".

<https://orcid.org/0000-0002-4899-7159>  
Usova N.N., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Neurology and Neurosurgery with the courses of Medical Rehabilitation and Psychiatry of the EI "Gomel State Medical University".  
<https://orcid.org/0000-0003-2575-4055>  
Ksenzov N.L., oncologist, Head of the Palliative Care Ward of the SHI "Gomel City Clinical Hospital No.4".

<https://orcid.org/0000-0003-1432-5415>  
Voronina A.P., clinical resident of the EI "Gomel State Medical University".  
<https://orcid.org/0000-0002-1056-7866>  
Pukhovich O.S., clinical resident of the EI "Gomel State Medical University".  
<https://orcid.org/0000-0002-03262-6936>

Поступила 10.02.2020

УДК 618.4-036.6:616.89-008

## РОЛЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ В РАЗВИТИИ ЗАТЯНУВШЕГОСЯ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

В. Н. Калачёв, Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

**Цель:** оценить значение психоэмоционального состояния беременных в развитии затянувшегося второго периода родов.

**Материалы и методы.** Обследовано 76 беременных. У 26 женщин роды осложнились затянувшимся вторым периодом, они составили основную группу. В группу контроля вошли 50 женщин, имевших физиологические роды. Изучено психоэмоциональное состояние при помощи теста Спилберга и теста отношений беременной.

**Результаты.** Между группами имелись различия на уровне тенденции в уровнях личностной тревожности и встречаемости высокой ситуационной тревожности. В тесте Спилберга было получено больше «положительных» утвердительных ответов, чем «негативных». Не испытывают чувство внутреннего удовлетворения 46,1 % женщин основной группы, что статистически значимо выше, чем в контрольной группе — 24,0 % ( $p = 0,04$ ). В основной группе в отличие от контрольной женщин чаще не «волнуют возможные неудачи». При исследовании типов психологического компонента гестационной доминанты в основном наблюдались смешанные типы, а распределение в группах не имело статистически значимых различий. У женщин с затянувшимся вторым периодом родов имелась тенденция к формированию преимущественно эйфорического типа психологического компонента гестационной доминанты.

**Заключение.** У пациенток с затянувшимся вторым периодом во время беременности формировалась копинг-стратегия в виде преимущественно эйфорического отношения к беременности на фоне повышенной ситуационной тревожности.

**Ключевые слова:** затянувшийся второй период родов, тревожность беременных, тест отношений беременных.

**Objective:** to assess the value of the psychoemotional state of pregnant women in the development of a prolonged second period of labor.

**Material and methods.** 76 pregnant women were examined. In 26 women, childbirth was complicated by a prolonged second period of labor, and they constituted the main group. The control group included 50 women who had physiologic birth. The psychoemotional state was analyzed using the Spielberg test and the test of a pregnant woman's attitudes.

**Results.** There were some differences between the groups in terms of the tendency in the levels of personal anxiety and occurrence of high situational anxiety. The Spielberg test has revealed more «positive» affirmative answers than «negative» ones. 46.1 % women in the main group do not «feel a sense of inner satisfaction», which is statistically significantly higher than in the control group — 24.0 % ( $p = 0.04$ ). In the main group, in contrast to the control group, the women are more often not «worried about possible failures». During the study of the types of the psychological component of the gestational dominant, mixed types were mainly observed, and the distribution in the groups did not have statistically significant differences. The women with a prolonged second period of labor had a tendency to form the predominantly euphoric type of the psychological component of the gestational dominant.

**Conclusion.** During pregnancy, the patients with a prolonged second period formed a coping strategy in the form of a predominantly euphoric attitude to pregnancy associated with elevated situational anxiety.

**Key words:** prolonged second period of labor, anxiety during pregnancy, test of a pregnant woman's attitudes.

V. N. Kalachev, T. N. Zakharenkova

Role of Psychoemotional Disorders in Pregnant Women in the Development of a Prolonged Second Period of Labor  
Problemy Zdorov'ya i Ekologii. 2020 Jan-Mar; Vol 63 (1): 58–64

### Введение

Затянувшийся второй период родов (ЗВПР) занимает значительное место в структуре акушерских осложнений и ассоциируется с ростом материнской и младенческой заболе-

ваемости [1–3]. Причины, способствующие развитию данного осложнения, могут быть очевидными, такими как несоответствие между размерами таза матери и головкой плода, и неочевидными, например, аномалии родовой