

УДК 616-006.6-052:159.944.4

**ОЦЕНКА УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ  
У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Корсакова В. И., Марковский В. О.**

**Научные руководители: к.м.н. доцент В. В. Похожай**

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

**Введение**

У большинства людей, переживающих потенциально травмирующие события (авария, болезнь, утрата любимого человека), как правило не возникает никаких состояний, требующих медицинского вмешательства. Другой вопрос, когда человек находится в состоянии сильного стресса на протяжении большого промежутка времени: онкология. Нарушение адаптации, приводящее к срыву систем регулирования (декомпенсация), приводит к развитию психических заболеваний. Отсутствие клинических проявлений и, как правило, жалоб со стороны пациента на свое психическое состояние лишь усугубляет ведение онкологических пациентов. Изучение механизмов стрессоустойчивости и определение прогноза позволит значительно улучшить не только лечение, но и последующую реабилитацию [1].

**Цель**

Оценить уровень стрессоустойчивости у пациентов онкологического профиля.

**Материал и методы исследования**

В исследовании приняли участие 100 пациентов УЗ «Могилевский областной онкологический диспансер» различных отделений. Возраст обследованных пациентов составил от 41 до 69 лет (средний возраст —  $47,1 \pm 2,7$  лет), мужчины — 50 пациентов; женщины — 50 пациентов. Были выделены следующие группы сравнения: 1-я — женщины, находящиеся на лечении в онкологическом стационаре ( $n = 50$ ), 2-я — мужчины, находящиеся на лечении в онкологическом стационаре ( $n = 50$ ).

Исследование выполнено на основе системного подхода к изучаемой проблеме с применением следующих методов: психологическое тестирование, социологическое анкетирование.

Была использована методика «Прогноз стрессоустойчивости» (В. Ю. Рыбников): методика предназначена для определения уровня нервно-психической устойчивости (НПУ) и позволяет выявить отдельные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность возникновения нервно-психических срывов. Было предложено 86 утверждений, на которые следовало ответить да/нет. Баллы начислялись следующим образом: за положительный или отрицательный ответ, соотносимый с ключом — 1 балл. Интерпретировали результаты следующим образом: от 5 до 6 баллов — 1 уровень НПУ высокий, прогноз благоприятный; от 7 до 13 баллов — 2 уровень НПУ хороший, прогноз благоприятный; от 14 до 28 баллов — 3 уровень НПУ удовлетворительный, прогноз благоприятный; от 29 и более баллов — 4 уровень НПУ неудовлетворительный, прогноз неблагоприятный [2].

Перед проведением исследования было получено письменное согласие на обработку персональных данных.

Анализ, полученных данных проводился с использованием пакета статистических программ «Statistica» 13.3 (Trial version) [3].

**Результаты исследования и их обсуждение**

Перед проведением основного тестирования пациенты ответили на вопрос: испытывают ли они чувство тревоги на данный момент и лишь 29 % пациентов ответили, что да.

При анализе данных основного тестирования были получены следующие результаты:

1-й уровень НПУ, характеризующийся высокой нервно-психической устойчивостью (хорошая адаптивность к стрессу).

При анализе данных с использованием двустороннего критерия Фишера у женщин на 1-м уровне НПУ находились 15 (30 %) в сравнении с мужчинами — 4 (8 %),  $p = 0,00557$ .

2-й уровень НПУ, характеризующийся хорошей нервно-психической устойчивостью, характеризуется низкой вероятностью нервно-психических срывов.

При анализе данных с использованием двустороннего критерия Фишера у женщин на 2-м уровне НПУ находились 18 (36 %) в сравнении с мужчинами — 15 (30 %),  $p = 0,67094$ .

3-й уровень НПУ, характеризующийся удовлетворительной нервно-психической устойчивостью (возможностью в экстремальных ситуациях умеренных нарушений психической деятельности, сопровождающихся неадекватными поведением, самооценкой и (или) восприятием окружающей действительности).

При анализе данных с использованием двустороннего критерия Фишера у женщин на 3-м уровне НПУ находились 10 (20 %) в сравнении с мужчинами — 12 (24 %),  $p = 0,63962$ .

4-й уровень НПУ, характеризуется неудовлетворительной нервно-психической устойчивостью (нервно-психическая неустойчивость характеризуется склонностью к нарушениям психической деятельности при значительных психических и физических нагрузках).

При анализе данных с использованием двустороннего критерия Фишера у женщин на 3-м уровне НПУ находились 7 (14 %) в сравнении с мужчинами — 19 (38 %),  $p = 0,00696$ .

При сравнении 2-х групп (1-я группа = 19 пациентов и 2-я группа = 26 пациентов) по НПУ 1-го и 4-го уровня среди мужчин и женщин с использованием хи-квадрата Пирсона с поправкой Йейтса были получены следующие данные:  $p = 0,228$ ;  $\chi^2 = 1,455$ ; Коэффициент сопряженности Пирсона = 0,139 (связь слабая).

При использовании t-Критерия Стьюдента для независимых парных выборок (группа № 1 и группа № 2) были получены следующие данные:  $20,3 \pm 1,4$ ,  $p < 0,05$ .

### **Выводы**

В ходе исследования было выявлено, что уровень 1-й уровень НПУ, характеризующийся высокой нервно-психической устойчивостью (хорошая адаптивность к стрессу) у женщин был статистически значимо выше, чем у мужчин. В тоже время всего лишь 29 пациентов ответили, что испытывают тревогу. При анализе 4-го уровня НПУ, характеризующегося неудовлетворительной нервно-психической устойчивостью статистически значимо выше были результаты у мужчин — 19 (38 %),  $p = 0,00696$ . Это свидетельствует о том, что мужчины данной группы не способны адекватно реагировать на большой круг ситуаций, основная модель реагирования — беспокойство, тревога и нервозность, приводящие в конечном итоге к дезадаптации.

При сравнении 2-х групп (1-я группа = 19 пациентов и 2-я группа = 26 пациентов) по НПУ 1-го и 4-го уровня среди мужчин и женщин с использованием хи-квадрата Пирсона с поправкой Йейтса была выявлена слабая связь. При сравнении 2-х групп с использованием t-Критерия Стьюдента для независимых парных выборок были выявлены статистически значимые различия.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ласый, Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения. Инструкция по применению (для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, психологов здравоохранения) / Е. В. Ласый, И. И. Хвостова. Минск, 2009.
2. Куприянов, Р. В. Психодиагностика стресса: практикум / Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина. Казань: КНИТУ, 2012. 212 с.
3. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. Москва: МедиаСфера, 2002. 312 с.

УДК 618.146-006.6-06

**ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Костенкова А. И., Митрахович С. В.**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Беляковский**

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

**Введение**

Рак шейки матки — одна из самых распространенных злокачественных опухолей у женщин, занимает четвертое место в структуре онкологической патологии и первое место в возрастной категории от 15 до 39 лет. Рак шейки матки продолжает быть актуальным и остается глобальной мировой проблемой здравоохранения [1].

В настоящее время распространенность рака шейки матки определяется в рамках стадирования на основании классификации FIGO (2009 г.) и TNM (7-е издание, 2009 г.) [2]. Требуется подтверждение диагноза путем гистологического исследования материала, полученного при биопсии шейки матки.

У пациентов с раком шейки матки стадия определяется при первичном обследовании на основании клинических и гистологических данных и не меняется в зависимости от последующих находок в процессе диагностики и лечения.

Основными методами лечения рака шейки матки являются хирургический, сочетанный лучевой и комбинированный. Выбор метода лечения рака шейки матки, как и любого другого злокачественного новообразования, зависит от стадии и гистотипа опухоли, степени ее дифференцировки, возраста женщины, наличия сопутствующих заболеваний и факторов прогноза, присутствие которых может заранее свидетельствовать об эффективности или неэффективности планируемой терапии [3].

**Цель**

Рассмотреть способы лечения рака шейки матки в зависимости от стадии заболевания среди женского населения Гомельской области.

**Материал и методы исследования**

Проведен анализ результатов лечения пациентов, находившихся в гинекологическом отделении Гомельского областного онкологического диспансера в период с января 2020 по январь 2021 гг.

**Результаты исследования и их обсуждение**

При проведении анализа полученных данных была сформирована группа из 182 пациенток с установленным диагнозом «Рак шейки матки». Возрастной состав исследуемой группы составил: от 25 до 39 лет — 20,9 % (38) женщин, от 40 до 44 лет — 17,6 % (32) женщин, от 45 до 59 лет — 37,3 % (68) женщин, от 60 до 74 лет — 20,9 % (38) женщин, от 75 до 90 лет — 3,3 % (6) женщин, при  $p < 0,05$ . Минимальный возраст при данном заболевании — 27 лет, а максимальный — 86 лет. Средний возраст пациенток составил 49,8 лет, при  $p < 0,05$ .

Исходя из исследования стадий рака шейки матки по FIGO зарегистрировано, что 0 стадия была установлена у 1,1 % (2) пациенток, I стадия — у 45,1 % (82) пациенток, при  $p < 0,05$ . Что касается II стадии, что она была зарегистрирована в 19,2 % (35) случаев рака шейки матки, при  $p < 0,05$ . Согласно установленному диагнозу III стадия была установлена в 28,6 % (52) случаев; IV стадия рака была выявлена у 6 % (11) пациенток, при  $p < 0,05$ .

Учитывая средний возраст женщин при регистрации определенной стадии рака шейки матки установлено, что при 0 стадии он составил 55 лет, при I ста-