

**Джораява Светлана Карьягдыевна**, кандидат медицинских наук, заведующая лабораторией, лаборатория микробиологии, ГУ «Институт дерматологии и венерологии Национальной Академии медицинских наук Украины», ул. Чернышевская, 7/9, г. Харьков, Украина, 61057  
E-mail: idvnamnu.ukr.net

**Кондакова Анна Константиновна**, кандидат биологических наук, заместитель директора по научной работе, ГУ «Институт дерматологии и венерологии Национальной Академии медицинских наук Украины», ул. Чернышевская, 7/9, г. Харьков, Украина, 61057  
E-mail: idvnamnu.ukr.net

**Лященко Ольга Анатольевна**, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 2, Харьковский национальный медицинский университет Министерства здравоохранения Украины, пр. Науки, 4, г. Харьков, Украина, 61022

**Щербакова Юлия Валерьевна**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отдел изучения влияния эпидемии ВИЧ на проблему инфекций, передающихся половым путем, ГУ «Институт дерматологии и венерологии Национальной Академии медицинских наук Украины», ул. Чернышевская, 7/9, г. Харьков, Украина, 61057  
E-mail: idvnamnu.ukr.net

**Соболь Наталия Владимировна**, врач-бактериолог, клинико-диагностическая лаборатория, ГУ «Институт дерматологии и венерологии Национальной Академии медицинских наук Украины», ул. Чернышевская, 7/9, г. Харьков, Украина, 61057  
E-mail: idvnamnu.ukr.net

УДК616.89:616-006-052

## АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

© І. Р. Мухаровська

*Установки та потреби онкологічних пацієнтів на різних етапах лікування відрізнялися, що відображалося на пріоритетності вибору форм, тривалості та інтенсивності медико-психологічних заходів. На звернення за психологічною допомогою впливав ряд мотивуючих та демотивуючих факторів, відповідно їх моделювання дозволило збільшувати кількість пацієнтів залучених до психологічних заходів. Медико-психологічна допомога має бути комплексною та диференційованою*

**Ключові слова:** медико-психологічна допомога, психоосвіта, психокорекція, онкологічні пацієнти, психоонкологія, психічне здоров'я, онкологія

*The ideas and internal setting of patients about psychological help mainly provide the parameters and specificity of organization and realization of medical-psychological help.*

**Aim of research** – to define the features of organization of medical-psychological help for cancer patients on the base of study of their needs and settings as to psychological influences.

**Contingent and methods of research.** The interrogation of 245 cancer patients (134 women and 111 men) about the need for medical psychological help was realized on the base of Kyiv city clinical oncological center during 2012–2015 using the specially elaborated questionnaire. In the process of analysis of the received data patients were divided in 3 groups, depending on the stage of treating process: group 1 (G1, n=80) included patients at the diagnostic stage, group 2 (G2, n=86) – primary patients, 3 group (G3, n=99) – patients at the repeated visits as a result of relapse or continuation of disease.

**Results.** In cancer patients at the different stages of treating process and with different stages of the course of pathology took place the psychological features that caused the differentiation of clinical tasks and forms of medical-psychological help. The important factor was the accessibility of psychological help: information for patients about the presence of specialist on psychic health, the schedule of psychological arrangements, the presence of psycho-educative materials directly in departments. Taking into account the fact that the people, who surround patient and closely communicate with him/her, also undergo the high distress level, there was the practical necessity for elaboration of medical-psychological arrangements for the relatives and friends of patients, for the medical staff. The involvement of patients into participation in psychological arrangements can be raised by the modeling of motivational factors.

**Conclusion.** *Medical-psychological activity in oncological medical institution must be the complex one, connected with the tasks of clinical practice, must help to renew the psychic health of patients, to form in them the adaptive attitude and effective strategy of behavior as to antitumor treatment*

**Keywords:** *medical-psychological help, psychological education, psychological correction, cancer patients, psycho-oncology, psychic health, oncology*

### 1. Вступ

Онкологічна захворюваність в Україні становила у 2014 році 384,9 на 100 тис. населення (376,4 у жінок та 394,7 у чоловіків) та характеризується тенденцією до неухильного зростання, що формує гостру потребу у розвитку психологічної служби в медичних закладах, які надають допомогу онкологічним хворим [1].

Онкологічні захворювання відносяться до категорії хвороб з високим стресовим потенціалом [2–4]. Онкопатологія спричиняє часткову чи повну втрату працездатності в наслідок хронічного прогресивного перебігу у кожного 6 пацієнта із хворобою, летальність становить більше 50 % та 1/3 пацієнтів не проживає 1 року після встановлення діагнозу [1]. Це формує певне відношення до захворювання, яке сприймається як вкрай загрозливе для життя, що і викликає розвиток широкого спектру психозадаптивних станів, та є причиною соціальної стигматизації хворих [2, 5, 6].

Про високий рівень психічного травмування пацієнтів свідчать також показники поширеності психічних розладів неспихотичного та спихотичного спектру, підвищений ризик суїциду, необхідність застосування психофармакотерапії у осіб з онкопатологією [3, 7, 8].

### 2. Обґрунтування дослідження

На сьогодні у клінічній онкологічній практиці питання надання психологічної допомоги залишається відкритим. На сьогодні практичними проблемами медико-психологічної служби в онкології є відсутність: протоколів, стандартів, стратегії медико-психологічної допомоги в онкології; фахової підготовки спеціалістів з психічного здоров'я в сфері психоонкології; координації між психологічною та медичною службами; професійної підготовки медичного персоналу з питань психоонкології; практичних алгоритмів та заходів, які б сприяли доступності та наближенню психологічної допомоги до пацієнтів [5]. Виявлення станів психологічної дезадаптації та інтервенції, орієнтовані на підвищення психологічного благополуччя соматичного пацієнта, потребують розробки специфічного діагностичного інструментарію та медико-психологічних алгоритмів (стандартів, протоколів), які б оптимізували і підвищували якість допомоги даній категорії хворих. Поряд з пацієнтом психологічного травмування зазнають члени сім'ї, які часто переживають не менший психічний дистрес, тоді як родина онкохворого відіграє досить важливу роль у підтримці [9, 10]. Взаємодія з онкологічними пацієнтами також може викликати значні психологічні труднощі і спричинити емоційне виго-

рання у медичного персоналу, який надає допомогу [11, 12]. Відповідно, медико-психологічна допомога має бути комплексною та системною.

Враховуючи сучасні особливості розвитку медико-психологічної служби в Україні для пацієнтів загально-соматичного профілю, спеціаліст з психічного здоров'я повинен вміти організовувати процес психологічної допомоги. Психологічний стан, проблеми, пов'язані з перебігом захворювання, уявлення та внутрішні установки пацієнтів щодо психологічної допомоги у значному ступені задають параметри та специфіку організації та провадження медико-психологічної допомоги.

### 3. Мета дослідження

Визначити особливості організації медико-психологічної допомоги для пацієнтів онкологічного профілю на основі вивчення їх потреб та установок щодо психологічних впливів.

### 4. Контингент та методи дослідження

На базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2012–2015 рр. було проведено анкетування за допомогою спеціально розробленого опитувальника 245 онкологічних пацієнтів (134 жінки та 111 чоловіків) з приводу потреби в медико-психологічній допомозі. В процесі аналізу отриманих даних онкологічних хворих було розділено на 3 групи, в залежності від етапу лікувального процесу: група 1 (Г1, n=80) становили пацієнти на діагностичному етапі, групу 2 (Г2, n=86) – первинні хворі, групу 3 (Г3, n=99) – хворі при повторних зверненнях в наслідок рецидиву чи продовження хвороби. Даний поділ ґрунтувався на значенні таких нозогенно-асоційованих факторів як первинність/повторність звернення за медичною допомогою та стадія. Статистична обробка проводилася з використанням MS Excel v.8.0.3.

### 5. Результати дослідження

Всі первинні пацієнти та хворі на етапі діагностики (100 %) відмітили вплив хвороби на психологічний стан, у Г3 10,1 % осіб подібну дію заперечили, що могло бути ознакою психологічних захистів при зростанні стресу на фоні розгортання онкопатології. Провідними проявами психічного дистресу були тривога (100 % у Г1, 100 % у Г2 та 89,9 % у Г3), зниження настрою (71,3 %, 58,1 % та 72,2 %), порушення сну (80, %, 76,7 % та 55,7 %) та дратівливість (62,5 %, 57,0 % та 43,0 %), тоді як зміна активності (гальмування чи збудження) (42,5 %, 39,5 % та 53,2 %) та гнів турбували менше (12,5 %, 9,3 % та 8,9 %). Для первинних пацієнтів притаманними були тривож-

но-збудливі стани, для хворих, які зверталися повторно тривожно-депресивно-пригальмовані.

Виявлено, що зі збільшенням тривалості хвороби у пацієнтів зростало бажання лікуватися за кордоном (56,3 %, 60,5 % та 68,4 %). До нетрадиційної медицини схильні були звертатися пацієнти, у яких хвороба прогресувала (11,4 % у Г3, та 0 % у Г1 та Г2). У зв'язку з високим психічним стресом у 2/3 пацієнтів виникала потреба прийому заспокійливих лікарських засобів (66,2 % у Г1, 65,1 % у Г2 та 77,2 % у Г3) та у 22,8 % з'являлася потреба у духовній підтримці (22,8 % у Г3).

У 100 % пацієнтів виникали психосоціальні труднощі, більш виражені на пізніх стадіях хвороби (30,0 % у Г1; 24,4 % у Г2; та 31,6 % у Г3), які переважно стосувалися зменшення часу спілкування з друзями (46,3 %, 53,5 % та 51,9 %), втрати працездатності (30,0 %, 58,1 % та 75,9 %), фінансових витрат (56,3 %, 83,7 % та 75,9 %), дещо меншу психосоціальний стрес обумовлювали проблеми спілкування в родині (13,8 %, 17,4 % та 25,3 %), обмеження активного відпочинку (31,3 %, 46,5 % та 50,6 %). У пацієнтів, які лікувалися повторно, рівень прояву психосоціальних наслідків був вищим.

Намір звернутися за медико-психологічною допомогою з'являвся у 1/3 хворих (33,8 % у Г1, 31,4 % у Г2 та 35,4 % у Г3), частина пацієнтів мала досвід роботи з психологом (13,8 %, 15,1 % та 21,5 %). Переважна більшість онкохворих вказувала, що не зверталася за психологічною допомогою, тому що мали достатню підтримку з боку родини та друзів (80,0 %, 79,1 % та 72,2 %). Інші причини включали відсутність потреби у допомозі (25,0 %, 31,4 % та 25,3 %), негативний досвід взаємодії з психологом у минулому (0 %, 5,8 % та 6,3 %), особистісні упередження (10,1 %, 0 %, 11,4 %), відсутність інформації про діяльність медичного психолога (8,8 %, 0 %, 11,4 %).

Найбільше мотивували на участь в медико-психологічних заходах рекомендації лікуючого лікаря (67,5 % у Г1, 79,1 % у Г2 та 75,9 % у Г3), важливими були попереднє знайомство з медичним психологом (46,3 %, 44,2 %, 50,6 %), прохання близьких (37,5 %, 44,2 % та 46,8 %), відгуки інших пацієнтів (45,0 %, 38,4 % та 46,8 %), найменше впливали розповсюдження інформаційних матеріалів (17,5 %, 19,8 % та 22,8 %). Пріоритетними формами психологічної допомоги для пацієнтів на діагностичному етапі та у періоді первинного звернення були індивідуальне консультування (42,5 % у Г1, 38,4 % у Г2 та 26,6 % у Г3), семінари (33,8 %, 38,4 % та 32,9 %) та тренінги (27,5 %, 44,2 % та 46,8 %), при повторному лікуванні зростала потреба у груповій роботі (17,5 %, 23,3 % та 31,6 %).

На первинних етапах лікування у пацієнтів виразно проступала необхідність у навиках саморегуляції психічного стану (83,8 % у Г1, 72,1 % у Г2 та 75,9 % у Г3) та релаксації (67,5 %, 72,1 % та 83,5 %), у подальшому – покращенні когнітивно-поведінкових стратегій (55,0 %, 52,3 % та 68,4 %). Для онкохворих більш зручним місцем проведення медико-психоло-

гічних заходів був медичний заклад, в якому вони проходили лікування (65,0 %, 72,1 % та 63,3 %), з частотою 1 раз на місяць (68,7 %, 61,6 % та 83,5 %) та тривалістю 1–2 години (77,5 %, 72,1 % та 81,0 %).

## 6. Обговорення результатів дослідження

Критерій поділу онкологічних пацієнтів в залежності від первинності чи повторності звернення, стадії онкологічного захворювання, етапу лікувального процесу був клінічно обґрунтованим. Про це свідчать результати, які вказують на відмінності у:

- структурі психопатологічної симптоматики, а саме те, що для первинних пацієнтів притаманними були тривожно-збудливі стани, для хворих, які зверталися повторно тривожно-депресивно-пригальмовані;

- більшому застосуванню заспокійливих засобів онкологічними хворими «з онкологічним стажем» (при прогресуванні захворювання, рецидивах);

- інтенсивності прояву феномену заперечення та дисимуляції психічних симптомів;

- установках щодо лікування – онкохворі зі збільшенням тривалості захворювання були більш схильними звертатися до нетрадиційної медицини, методи лікування онкології за кордоном та у приватних клініках біль якісними;

- ураженість психосоціального функціонування більше виражена на пізніх стадіях захворювання та у хворих, які отримували протипухлинне лікування повторно.

Тобто, у онкологічних пацієнтів на різних етапах лікувального процесу та з різними стадіями перебігу онкопатології мали місце психологічні особливості, які обумовлювали диференціювання клінічних завдань медико-психологічної допомоги. Пацієнти, які були госпіталізовані у онкологічний заклад вперше:

- переживали виражений психічний стрес у зв'язку із зіткненням з загрозою життю, що відобразалося у негативних емоціях, ситуативній дезорганізації поведінки;

- мали брак інформації щодо онкологічного захворювання, не орієнтувалися в методах лікування;

- не володіли досвідом протидії соматичному стресу чи способами як справлятися з психологічними проблемами, перебудувати стиль життя відповідно до потреб і обмежень, пов'язаних з хворобою;

- реагували та діяли під впливом соціальних міфів щодо онкологічних захворювань.

Пацієнти, які госпіталізувалися повторно:

- отримували повторну психологічну травму;

- мали зниження рівня фізичного здоров'я та працездатності;

- були більш інформовані щодо свого захворювання, методів лікування;

- мали досвід психологічної протидії впливу онкологічного захворювання;

- отриманий вперше досвід міг бути як допомагаючим у випадку формування адаптивних навиків, або дезадаптуючим – у разі присутності виражених непережитих психотравматичних станів;

– формували практично-орієнтовані індивідуалізовані рішення проблем, що виникають у зв'язку із захворюванням.

Окрему групу склали пацієнти на діагностичному етапі, які з великою ймовірністю знали, що мають онкологічне захворювання, однак питання щодо стадії хвороби та відповідно тактики лікування і прогнозу вирішувалися після повної діагностики, що викликало високий рівень психічного стресу.

Відповідно, для пацієнтів, які були госпіталізовані у онкологічний заклад вперше, завданнями медико-психологічної допомоги були: зниження психічного дистресу, навчання способам зниження психоемоційного напруження, формування реалістичних уявлень щодо онкологічного захворювання та адаптивного стилю поведінки під час лікувального процесу. Для онкохворих, які госпіталізувалися повторно, акцент медико-психологічної допомоги був зміщений на трансформацію психотравматичних переживань щодо захворювання, психокорекцію неадаптивних форм психічного реагування та поведінки під час лікування, інтервенції спрямовані на психосоціальну реадаптацію. Щодо пацієнтів, які проходили діагностичний етап, провідним завданням медико-психологічної допомоги було встановлення та підтримання контакту з хворим, забезпечення супровідної психологічної підтримки та у разі необхідності проведення кризового консультування.

Важливе значення для організації медико-психологічної допомоги мало відношення онкологічних хворих до психологічної допомоги. Біля 1/3 пацієнтів мали наміри звернутися до спеціаліста з психічного здоров'я, однак наявність бажання у даному випадку не остаточний критерій участі хворих у медико-психологічних заходах. Важливим фактором в даному випадку виступає доступність психологічної допомоги: проінформованість пацієнтів про наявність спеціаліста з психічного здоров'я, графік проведення психологічних заходів, наявність психоосвітніх матеріалів безпосередньо у відділеннях.

Для онкологічних хворих суттєве значення мала підтримка та допомога сім'ї та близьких. У випадку надання достатнього рівня психосоціальної підтримки для онкологічного пацієнта, медико-психологічні інтервенції можуть обмежуватися психоосвітніми та епізодичними консультаційними заходами, тоді як виникнення дезадаптивних станів у членів сім'ї може провокувати посилення психічного напруження. Враховуючи той факт, що люди, які оточують пацієнта та тісно взаємодіють з ним, також переживають високий рівень психічного дистресу, виникала практична необхідність розробки медико-психологічних заходів для рідних та близьких пацієнта.

Одним із завдань спеціаліста з психічного здоров'я було формування певного позитивного відношення, створення позитивного іміджу та привабливості психологічної допомоги, які б мотивували пацієнтів на участь у медико-психологічних заходах. На сьогодні близько 6 % пацієнтів мають негативний

досвід роботи з психологами чи психотерапевтами, що негативно впливає на їх участь у психологічних заходах. Також онкохворі з особистісними упередженнями, негативним досвідом взаємодії зі спеціалістами з психічного здоров'я не можуть транслювати свої неадаптивні установки іншим пацієнтам, що перешкоджає наданню ефективної психологічної допомоги. Одним з кроків подолання даної ситуації було окрім спеціальних тематичних питань психоонкології, надання інформації щодо діяльності медичного психолога.

У зверненні хворих за психологічною допомогою впливали ряд мотивуючих та демотивуючих факторів, та їх моделювання дозволяло збільшувати кількість пацієнтів залучених до психологічних заходів. До них відносилися:

- взаємодія з лікарями як авторитетними для пацієнтів особами;
- проактивність медичного психолога;
- психологічна допомога та підтримка близьких хворого – підсилення зовнішнього ресурсу, формування лояльності;
- інформування щодо основ психологічної допомоги та діяльності спеціаліста з психічного здоров'я;
- створення позитивного досвіду взаємодії з медичним психологом;
- психокорекція неадаптивних особистісних уявлень щодо психологічної допомоги, психоосвіта.

Високим мотиваційним потенціалом щодо звернення за психологічною допомогою було направлення та рекомендації лікарів, що виокремило налагодження взаємодії медичного психолога з лікарями-онкологами в окрему практичну задачу. Важливим аргументом щодо участі в медико-психологічних заходах була думка пацієнтів, які вже приймали в них участь, а також рекомендації членів родини. Таким чином, створення ефективної системи медико-психологічної допомоги, включало роботу не лише з пацієнтами, але і їх оточенням – близькими та медичними працівниками.

На різних етапах лікувального процесу відрізнялися потреби щодо різних форм реалізації психологічної допомоги, первинні пацієнти надавали перевагу індивідуальному консультуванню, тоді як при повторних – груповій взаємодії. На психологічному рівні це можна пояснити невизначеністю, небажанням та засторогою щодо вираження своїх емоцій перед іншими у хворих, які щойно зіткнулися з хворобою, та зростаючою потребою у зовнішній підтримці, бажанням розділити свої переживання та досвід життя з онкологією з людьми, які знаходяться у подібній ситуації. Відповідно, для первинних пацієнтів було більше заплановано психоосвітніх заходів та індивідуальних консультацій, тоді як при повторних зверненнях була збільшена кількість групових форм роботи.

На основі отриманих даних було розроблено клініко-психологічні протоколи для пацієнтів, які враховували первинність та повторність звернення, стадію захворювання та етап лікувального процесу.

Медико-психологічна допомога для первинних пацієнтів була орієнтовна на зниження психічного стресу шляхом навчання навикам психорегуляції, формування адаптивної поведінки під час лікування, «масивної» психоосвіти. Для онкохворих, які зверталися повторно (прогресування, рецидив онкології), психологічні інтервенції були спрямовані на корекцію психоемоційної та когнітивно-поведінкової сфери стосовно аспектів ставлення до захворювання та лікування. У онкологічних пацієнтів на ранніх стадіях перебігу онкопатології було важливим формування реалістичного збалансованого уявлення щодо хвороби, яке б мотивувало до протипухлинної терапії, активності у лікувальному процесі, на пізніх стадіях зусилля орієнтувалися на підсилення психосоціального ресурсу, зосередженні на екзистенційних переживаннях, прийнятті ситуації та пошуку збережених частин життя.

## 7. Висновки

1. Онкологічне захворювання чинить суттєвий вплив на психічний стан пацієнтів, що відображається на особистісному, поведінковому та психосоціальному рівнях функціонуванні хворих. Негативними наслідками онкологічної хвороби є погіршення психічного здоров'я онкологічних пацієнтів, що виражається у розгортанні клінічно виражених психічних розладів, формування станів психологічної та психосоціальної дезадаптації.

2. Для реальної клінічної практики важливе значення мають порушення психологічного адаптації, пов'язані з встановленням неадаптивного стилю поведінки у онкологічних пацієнтів під час лікувального процесу, що перешкоджає отриманню адекватної протипухлинної терапії.

3. Формами медико-психологічної допомоги в онкології є психодіагностика, психоосвіта, психологічні інтервенції (консультування, психокорекція, психотерапія). Медико-психологічна діяльність у онкологічному лікувальному закладі має бути прив'язана до завдань клінічної практики, допомагати відновлювати психічне здоров'я пацієнтів, формувати у них адаптивне ставлення та ефективну стратегію поведінки щодо протипухлинного лікування.

5. Форми та засоби медико-психологічної допомоги необхідно диференціювати в залежності від етапу лікувального процесу, категорії пацієнтів по осям первинне/повторне звернення, стадії захворювання (рання, пізня). В процесі організації медико-психологічної допомоги варто враховувати наявні установки та потреби онкологічних пацієнтів стосовно медико-психологічної допомоги: ставлення до психологічної допомоги, наявний досвід взаємодії зі спеціалістами з психічного здоров'я, об'єм необхідної інформації та інтенсивність інтервенцій, час, який пацієнти можуть витратити на участь в психологічних заходах. Важливо налагоджувати взаємодію та зворотний зв'язок з лікарями-онкологами, які є авторитетними фігурами для онкологічних пацієнтів.

6. Медико-психологічна допомога має бути комплексною, так як психологічному травмуванню підпадає близьке оточення онкологічного пацієнта, в особливості сім'я, відповідно, медико-психологічна допомога має надаватися не лише хворому, але і членам його родини. Медичний персонал та особи, задіяні у роботі з онкологічними пацієнтами, також потребують медико-психологічної допомоги, орієнтованої на формування навиків професійної взаємодії та психоосвіту з питань психонкології.

## Література

1. Федоренко, З. П. Рак в Україні 2013–2014 [Текст] / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович та ін.; ред. О. О. Колеснік. – К.: Національний інститут раку, 2015. – Режим доступу: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_16/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm)
2. Савин, А. И. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подход к проблеме) [Текст] / А. И. Савин, Б. Ю. Володин // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2015. – № 3. – С. 82–86.
3. Bambauer, K. Z. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers [Text] / K. Z. Bambauer, B. Zhang, P. K. Maciejewski, N. Sahay, W. F. Pirl, S. D. Block, H. G. Prigerson // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2006. – Vol. 41, Issue 10. – P. 819–824. doi: 10.1007/s00127-006-0103-x
4. Кайгородова, Н. З. Некоторые психологические характеристики онкобольных в связи с особенностями психокоррекционной работы [Текст] / Н. З. Кайгородова, О. М. Любимова, В. Д. Петрова, О. В. Парамонова // Известия Алтайского государственного университета. – 2014. – Т. 2, № 2. – С. 22–26.
5. Маркова, М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психонкології [Текст] / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, Вип. 4. – С. 86–91.
6. Grassi, L. Psychological factor affecting oncology conditions [Text] / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai, E. Rossi, S. Sabato // Advances in Psychosomatic Medicine. – 2007. – P. 57–71. doi: 10.1159/000106797
7. Кучин, Ю. Л. Проблемы делирия у онкологических пациентов [Электронный ресурс] / Ю. Л. Кучин // Здоровье Украины. – 2015. – № 1. – Режим доступа: <http://health-ua.com/>
8. Holland, J. C. Psycho-Oncology [Text] / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen et. al. – Oxford University press, 2015. – 772 p.
9. Nielsen, M. K. Psychological distress, health, and socio-economic factor sin caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study [Text] / M. K. Nielsen, M. A. Neergaard, A. B. Jensen, F. Bro, M.-B. Guldin // Supportive Care in Cancer. – 2016. – Vol. 24, Issue 7. – P. 3057–3067. doi: 10.1007/s00520-016-3120-7
10. Rumpold, T. Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity [Text] / T. Rumpold, S. Schur, M. Amering, K. Kirchheiner, E. K. Masel, H. Watzke, B. Schrank // Supportive Care in Can-

cer. – 2016. – Vol. 24, Issue 5. – P. 1975–1982. doi: 10.1007/s00520-015-2987-z

11. Судакова, О. С. Специфіка розвитку синдрому емоційного вигорання у лікарів-онкологів [Текст] / О. С. Судакова // Мед. психологія. – 2012. – № 4. – С. 92–96.

12. Rasmussen, V. Burnout among psycho social oncologists: an application and extension of the effort-reward imbalance model [Text] / V. Rasmussen, A. Turnell, P. Butow, I. Juraskova, L. Kirsten, L. Wiener // Psycho-Oncology. – 2016. – Vol. 25, Issue 2. – P. 194–202. doi: 10.1002/pon.3902

#### References

1. Fedorenko, Z. P., Gulak, L. O., Mihaylovich, Y. J. et. al.; Kolesnik, O. O. (Ed.) (2015). Cancer in Ukraine 2013–2014 years. Kiev: National Cancer Institute. Available at: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_17/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm)

2. Savin, A. I., Volodin, B. Y. (2015). Features of psychogenic cause mental disorder and psychological character is ties of cancer patients with different tumor localization (approach to the problem). *EruditioJuvenium*, 3, 82–86.

3. Bambauer, K. Z., Zhang, B., Maciejewski, P. K., Sahay, N., Pirl, W. F., Block, S. D., Prigerson, H. G. (2006). Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (10), 819–824. doi: 10.1007/s00127-006-0103-x

4. Kaygorodova, N. Z., Lyubimova, O. M., Petrova, V. D., Paramonova, O. V. (2014). Some of the psychological characteristics of cancer patients due to psychocorrection activity. *News of Altai State University*, 2 (2), 22–26.

5. Markova M. V., Piontkovska, O. V., Kuzhel, I. R. (2012). State of art and development to modern psycho oncology. *Ukrainian Bulletin of psycho neurology*, 20 (4), 86–91.

6. Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Rossi, E., Sabato, S. (2007). Psychological Factors Affecting Oncology Conditions. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 57–71. doi: 10.1159/000106797

7. Kuchin, Y. L. (2015). Problems of delirium in cancer patients. *Health of Ukraine*, 1. Available at: <http://health-ua.com/>

8. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B. et. al. (2015). *Psycho-Oncology*. Oxford University press, 772.

9. Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., Guldin, M.-B. (2016). Psychological distress, health, and socio-economic factor sin caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 24 (7), 3057–3067. doi: 10.1007/s00520-016-3120-7

10. Rumpold, T., Schur, S., Amering, M., Kirchheiner, K., Masel, E. K., Watzke, H., Schrank, B. (2015). Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Supportive Care in Cancer*, 24 (5), 1975–1982. doi: 10.1007/s00520-015-2987-z

11. Sudakova, O. S. (2012). Specificity of emotional burnout syndrome in medical oncologists. *Medical Psychology*, 4, 92–96.

12. Rasmussen, V., Turnell, A., Butow, P., Juraskova, I., Kirsten, L., Wiener, L. et. al. (2015). Burnout among psychosocial oncologists: an application and extension of the effort-reward imbalance model. *Psycho-Oncology*, 25 (2), 194–202. doi: 10.1002/pon.3902

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.  
Дата надходження рукопису 23.05.2016*

**Мухаровська Інна Романівна**, кандидат медичних наук, Київський міський клінічний онкологічний центр, вул. Верховинна, 69, м. Київ, Україна, 03115  
E-mail: mukharovska.i@gmail.com

УДК 615.017; 616-01; 616-035.1; 616-06

## АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ КАК НОВЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© А. В. Прохач, И. Н. Бондаренко

*Целями нашего исследования было изучение влияния прооксидантно-оксидантного равновесия на риск развития гематологических нарушения после проводимой цитотоксической терапии при раке молочной железы, исследовать эффективность и целесообразность применения антиоксидантной терапии с целью профилактики и коррекции лейкопении. Проведенное исследование маркеров оксидативного стресса и клинических результатов применения антиоксидантов указывает на клиническую и лабораторную эффективность исследуемого препарата*

**Ключевые слова:** рак молочной железы, антиоксидантная терапия, гематологическая токсичность, профилактика лейкопении

*The aim of our work was to study the effectiveness of antioxidant therapy in prevention and treatment of leucopenia; to investigate the influence of deficit of prooxidant system as to the risk of hematological disorders development (agranulocytosis development; to ground the necessity of application of antioxidant therapy for prevention and treatment of hematological toxicity of chemotherapy.*