



Сравнение динамики объема опухолевого узла в каждой группе по дням проводилось с использованием дисперсионного анализа Фрийдмана, при получении  $p < 0,05$  – переходили к парным сравнениям для зависимых групп, используя критерий Вилкоксона с поправкой Бонферрони.

Межгрупповые сравнения по каждому дню наблюдения проводили с использованием непараметрического дисперсионного анализа Краскела—Уоллиса, при получении  $p < 0,05$ , переходили к парным сравнениям для зависимых групп, используя критерий Вилкоксона с поправкой Бонферрони.

Различия между сравниваемыми показателями считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждения.** Результаты измерений объемов опухолей представлены в виде графика (см. рисунок).

Получены достоверные различия в изменении объема опухоли по каждому дню наблюдения в каждой группе ( $p < 0,05$ ). Однако достоверных различий в объеме опухоли на каждый день наблюдения при межгрупповых сравнениях не получено, даже после начала терапии ингибитором ММП-9.

Однако, как видно из рисунка, имеется отчетливая тенденция увеличения объема опухоли в группе животных, получавших терапию ингибитором в дозе, селективно ингибирующей ММП-9.

Предполагалось, что в группах, получавших терапию ингибитором, опухолевый рост будет либо заторможен, либо иметь слабopоложительную динамику в отличие от животных, не получавших терапию. Однако получены данные совершенно противоположны планируемым.

**Заключение.** Требуется дальнейшее разъяснение механизмов действия металлопротеиназы при меланоме кожи для оценки возможности использования их в качестве молекулярных терапевтических мишеней.

Динамика изменения среднего объема опухоли в исследуемых группах при селективном ингибировании ММП-9 и неселективном ингибировании ММП-9 и ММП-13.

*О.В. Парамонова, В.Д. Петрова, А.Ф. Лазарев*

## КОМОРБИДНЫЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИХ КОРРЕКЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул, Россия

Психоонкология – новое научное направление, сформированное на стыке онкологии и психиатрии, так как за последние 20 лет во всем мире наблюдается всплеск интереса к различной психической патологии у больных со злокачественными новообразованиями (ЗН).

Патогенез психических нарушений у онкологических больных сложен, поскольку определяется сочетанным воздействием на нервно-психическую сферу пациентов мощных соматогенно-астенизирующих, эндогенно-органических факторов и психотравмирующих влияний. Если рассматривать позиции психоонкологии в контексте классической психиатрии, то наибольший интерес вызывают аспекты профилактики психиатрической заболеваемости, лечения коморбидных онкологическим заболеваниям психических расстройств и формирование эффективной адаптации у данного контингента больных. Все больше специалистов соглашаются с тем, что психотерапевтическая помощь должна быть интегрирована в рутинное лечение онкологических больных.

Задачами нашей работы явилось изучение коморбидных онкологическим заболеваниям психических расстройств и разработка комплексных лечебно-реабилитационных программ на амбулаторном этапе.

**Материал и методы.** В течение 2012 г. в поликлинике «Надежда» КГБУЗ АКОД прошли комплексное лечение у психотерапевта 10 групп пациентов (каждая группа включала от 8 до 10 человек). Формирование групп происходило произвольно. Все пациенты страдали ЗН и находились на различных этапах специального лечения, посещали психотерапевта в течение 4 нед. Для всех групп был разработан психотерапевтический комплекс, включающий в себя медикаментозную коррекцию нервно-психических расстройств, мобилизацию резервных возможностей психических функций пациентов и активное формирование установки «на жизнь».

Для медикаментозной коррекции нервно-психических расстройств были использованы препараты с анксиолитическим и антидепрессивным действиями, метаболические и сосудистые препараты. Для мобилизации резервных возможностей и формирования установки «на жизнь» применялись групповые психотерапевтические методики: серия сеансов психоэмоциональной саморегуляции (релаксация, визуализация и позитивные мысли-формулы) (Саймонтон К., Саймонтон С., 2001), аутотренинг, дыхательные упражнения, элементы арт-терапии (рисование). Индивидуально каждый пациент получил когнитивно-бихевиоральную психотерапию – для формирования позитивного восприятия, в том числе и в духовной сфере, повышения уровня независимости и коррекции интраперсональных отношений.

Оценка эффективности психотерапевтического комплекса проводилась по субъективным и объективным параметрам: жалобы до и после лечения, оценка пациентами своего самочувствия, оценка психотерапевтом шкалы тревоги и депрессии HADS, динамики психического статуса.

**Результаты и обсуждение.** В результате клинического обследования и тестирования была определена структура нервно-психических расстройств в обследуемых группах. Классификация психиатрического диагноза проводилась по МКБ-10. Были выявлены: смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) – у 46 (57,5%) человек, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) – у 15 (18,7%) человек, тревожно-фобическое расстройство (F40.8) – у 8 (10%), острая реакция на стресс (F 43.20) – у 7 (8,7%) и про-

лонгированная депрессивная реакция (F43.21) – у 4 (5%) человек.

По окончании 4-недельной терапевтической программы 88,2% пациентов отмечали субъективно значимое уменьшение признаков тревоги, депрессии, страха, снижение раздражительности, мышечного напряжения, улучшение настроения, а также улучшение интраперсональных отношений, появление активности. 11,8% пациентов существенной положительной динамики не отметили.

**Заключение.** Таким образом, наиболее часто – в 57,5% случаев среди коморбидных онкологическим заболеваниям психических расстройств встречаются смешанные тревожно-депрессивные расстройства.

Лечебно-реабилитационная программа для коррекции психических расстройств должна быть комплексной и включать как медикаментозные препараты, так и индивидуальные и групповые психотерапевтические методики.

Коррекция коморбидных онкологическим заболеваниям психических расстройств возможна и эффективна в амбулаторных условиях.

Наличие у онкологических больных коморбидных психических расстройств диктует крайнюю необходимость оказания им психологической и психотерапевтической помощи.

Актуальным является включение комплекса психотерапевтических лечебно-реабилитационных программ в стандарты оказания специализированной помощи онкологическим больным.

*В.Д. Петрова<sup>1</sup>, И.А. Селезнева<sup>1</sup>, С.А. Терехова<sup>1</sup>, Н.А. Михеева<sup>2</sup>, Е.Л. Секержинская<sup>2</sup>, А.В. Федоскина<sup>2</sup>, У.А. Боярских<sup>3</sup>, М.Л. Филиппенко<sup>3</sup>, А.Ф. Лазарев<sup>1</sup>*

## АНАЛИЗ НЕГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СЕМЕЙНОГО И СПОРАДИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН АЛТАЙСКОГО КРАЯ

<sup>1</sup>Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, <sup>2</sup>КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул, <sup>3</sup>Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, г. Новосибирск, Россия

Проблема рака молочной железы (РМЖ) до сих пор является чрезвычайно актуальной, так как, несмотря на многочисленные достижения в диагностике, лечении и реабилитации данной патологии, сохраняются стабильно высокие уровни смертности. В 2010 г. смертность от РМЖ в Алтайском крае составила 30,2 на 100 000 населения (в ‰); в 2011 г. – 28,5; в 2012 г. — 30,7 (в РФ 30,5, 2011 г.).

Заболеваемость РМЖ на протяжении более 10 лет, занимает стабильное 1-е место в структуре онкологической заболеваемости у женщин как в Российской Федерации, Алтайском крае, так и за рубежом. Прирост «грубого» показателя заболеваемости РМЖ в Алтайском крае за период 2003—2012 гг. составил 35,6% (в 2003 г. 57,8‰; в 2012 г. 78,4‰). Максимальные уровни заболеваемости РМЖ регистрируют в возрасте 60—69 лет. Однако, помимо возрастного критерия, существуют еще множество изученных факторов, которые условно можно разделить на две категории: генетические, ответственные за дефицит

средств поддержания геномной целостности, и негенетические: факторы, обеспечивающие повышенную экспозицию к эстрогенам.

Пролиферативный эффект эстрогенов на эпителий молочной железы является не единственным механизмом их воздействия. Известно, что некоторые метаболиты эстрогенов могут напрямую вызывать повреждения ДНК. В некоторых случаях эстрогенную перегрузку (раннее менархе или поздняя менопауза), по крайней мере, частично можно объяснить генетической вариабельностью. Однако обычно источником гиперэстрогении являются факторы, имеющие отношение к современному образу жизни: малое количество родов, поздние первые роды, ограничение продолжительности кормления грудью, переядание, недостаток физической нагрузки и т. д. Условно в группу негенетических факторов РМЖ можно включить факторы репродуктивного характера, стиля жизни и наличие у пациенток сопутствующей хронической соматической патологии.

Задачей нашего исследования явилось проведение анализа негенетических факторов: репродуктивных факторов и хронической соматической патологии семейного и спорадического РМЖ молочной железы у женщин Алтайского края.

**Материал и методы.** Обследованы две группы женщин. В одну группу включены пациентки с РМЖ, имеющие в семейном анамнезе два случая злокачественных новообразований и более – члены «раковых семей» или пациентки с семейным раком в анамнезе — всего 700 человек. В свою очередь, данная группа была разделена на две: 1-я включала пациенток с отсутствием мутации BRCA1 ( $n = 654$ ) и 2-я — пациенток с выявленной в процессе обследования мутацией BRCA1 ( $n = 46$ ). Удельный вес пациенток с РМЖ с выявленными мутациями составил 6,57%. В 3-ю группу были включены 852 женщины со спорадическим РМЖ.

Пациенткам было проведено анкетирование, включающие данные о гено- и фенотипе, анамнезе, лабораторных тестах (всего более 200 реквизитов), генетическое исследование (мутаций BRCA1 и других генов). Для анализа были использованы методы современной медицинской статистики, достоверными считались значения при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** В группе пациенток с семейным раком в анамнезе без мутаций BRCA1 доброкачественные новообразования молочной железы встречались достоверно чаще, чем в группе спорадического раков (4,0 (2,46—5,54) против 0,2 (0,00—0,40)).

**Менструальный статус.** В группе пациенток с семейным раком в анамнезе с отсутствием мутации BRCA1 регистрировали достоверно наибольшее количество женщин в менопаузе (28,8 (25,26—32,34) – в 1-й; 30,4 — во 2-й группе и 20,1 (17,36—22,84) в 3-й). В группе женщин со спорадическим РМЖ достоверно чаще регистрировали возраст постменопаузы, чем в группах с семейным раком: 79,9 (77,16—82,64) против 71,3 (67,76—74,84) – в 1-й группе и 30,4 (23,7—37,8) – во 2-й).

Наибольшее количество пациенток, у которых отсутствовала в течение жизни беременность зарегистрировано в 1-й и 2-й группах (8,4 (5,72—11,08) — в 1-й и 10,0 (7,2—13,5) — во 2-й), что достоверно отличалось от показателей 3-й группы (3,2 (1,58—4,82)).

По количеству беременностей в анамнезе — одной, двух, трех — различий в группах не отмечено. Случаев четырех беременностей не имели женщины с