

УДК 616

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

© 2012 К.Р. Амлаев¹, А.А. Койчуев², М.С. Гевандова², З.Д. Махов³

¹Городской центр медицинской профилактики г. Ставрополя

²Ставропольская государственная медицинская академия

³Ставропольский краевой клинический онкологический центр

Поступила в редакцию 24.08.2012

В статье рассматриваются вопросы эпидемиологии онкопатологии, делается акцент на адекватном использовании методов медицинского скрининга онкопатологии. Подробно описаны проблемы качества жизни у некоторых категорий онкологических пациентов.

Ключевые слова: *эпидемиология, онкология, профилактика, качество жизни*

Каждый год на планете выявляется двенадцать миллионов новых раковых больных – это в четыре раза больше, чем тех, кто заражается ВИЧ. Число заболеваний раком в мире за последние 10 лет выросло на 20%. Согласно выводам специалистов 2,8 млн. случаев заболевания раком могли бы быть легко предотвращены, поскольку они связаны с плохим питанием и недостатком физической активности. Заболеваемость по возрастным группам (человек) в 2010 г. в России: мужчины – 237982, женщины – 278892, 40-59 лет мужчины – 74037, 40-59 лет женщины – 90418, 60 и старше мужчины – 154080, 60 и старше женщины – 171306 [25]. Смертность населения России в возрасте 0-64 лет от онкологических заболеваний на 30% превышает этот показатель в «старых» странах ЕС и находится на одном уровне с «новыми» странами ЕС. Онкологические заболевания в России характеризуются высокой долей смертей в течение первого года после установления диагноза: например, процент смертей от рака легкого составляет 56%, от рака желудка – 55%. Это свидетельствует о поздней выявляемости этих заболеваний. Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологических заболеваний почти в 2 раза чаще, чем женщины, но заболеваемость среди женщин выше [9]. Более 6 миллионов людей во всем мире умирают от рака каждый год. Корректируемые факторы риска

развития рака связаны с широким спектром злокачественных новообразований, в том числе раком ротоглотки, пищевода, гортани, легких, почек, мочевого пузыря, поджелудочной железы, кожи, желудка, яичников, молочной железы, шейки матки, матки, предстательной железы и толстой кишки [32].

Существует множество факторов риска развития онкологических заболеваний, однако по оценке экспертов ВОЗ 74,43% смертей от онкологических заболеваний связаны со следующими факторами риска: курение; нерациональное питание; употребление алкоголя; гиподинамия; инфекции (гепатит В и др.). Все эти факторы являются корректируемыми за счет проведения соответствующих профилактических мероприятий, которые включают в себя иммунизацию против онкогенных инфекций. Путем воздействия на указанные факторы риска можно снизить заболеваемость и смертность от опухолей легких, рака толстой кишки, кожи, печени и др. Учитывая широкое распространение рака, особо значимым стало проведение скрининга на онкозаболевания, при этом скрининг-тесты часто заказываются без обсуждения рисков и выгод.

В настоящее время сформулированы требования к эффективному скринингу: быть в состоянии найти злокачественные опухоли в период, необходимый для осуществления эффективного лечения; давать больше пользы, чем вреда применительно к целевой группе населения. Высокая вероятность ложноположительных результатов приведет не только к негативным эмоциональным и экономическим последствиям, но и к ненужным пациенту дополнительным и небезопасным последствиям, связанным с прохождением

Амлаев Карэн Робертович, доктор медицинских наук, профессор, главный врач. E-mail: kum672002@mail.ru
Койчуев Арсен Аскерович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры онкологии. E-mail: koichuev@mail.ru
Гевандова Маргарита Грантовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры биологии. E-mail: kafedrabiologii@yandex.ru
Махов Зубер Джамаладинович, заведующий отделением урологии

диагностических и лечебных процедур. Кумулятивный риск прохождения инвазивных диагностических процедур, вызванных ложноположительными результатами равен 28,5% для мужчин и 22,1% для женщин [28]. Тем не менее, скрининг играет очень важную роль в ранней диагностике рака, но наиболее актуальной составляющей снижения случаев рака в целом представляется профилактика онкозаболеваний: 1) доступ к скринингу рака и уход при раке, 2) употребление табака, 3) взаимоотношения пациент-врач, 4) питание, 5) риски [31]. Исследования показывают, что более половины всех случаев раковых заболеваний в развитых странах можно было бы предотвратить, если бы в отношении всего населения были реализованы следующие меры: снижение употребления табака, повышение физической активности, контроль веса, улучшение рациона питания, ограничение употребления алкоголя, использование безопасного секса, исключение обычных анализов скрининга рака и исключение чрезмерного пребывания на солнце [32].

Следует отметить, что кроме рака одними из наиболее распространенных причин смерти во всем мире являются сердечная недостаточность и инсульт. Пятилетняя выживаемость при этих заболеваниях составляет около 43% для рака, 40-68% для инсульта и 26-52% для сердечной недостаточности. Для четырех наиболее распространенных злокачественных новообразований в развитых странах 5-летняя относительная выживаемость составила 12-18% для рака легкого, 73-89% для рака молочной железы, 50-99% при раке предстательной железы и около 43-63% для колоректального рака. Результаты показывают, что длительный срок выживаемости и прогноз рака не обязательно бывает хуже, чем у сердечной недостаточности и инсульта [26].

Исследование качества жизни (КЖ) неразрывно связано с лечением онкологических больных. Качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и более важным, чем первичный опухолевый ответ [2, 8, 12, 14]. После перенесенного лечения независимо от того, избавился человек от опухоли или нет, остается значительное количество побочных эффектов и осложнений. Установление диагноза рака или даже просто обращение в онкологическую клинику является сильнейшим психическим стрессом. Продолжительная и тяжелая болезнь, изоляция от привычного окружения, риск операции и даже смерти постоянно давят на психику больного, и это вызывает изменения в личности пациента, изменение его отношения к миру. Повышение качества жизни онкобольного – это неотъемлемая часть всего процесса борьбы с болезнью. Больной должен быть адекватно информирован о своей болезни. К этому вопросу нужно подходить с учетом психологических особенностей каждого конкретного больного, потому, что каждому человеку свойственно

по-своему реагировать на болезнь. Возможно посещение профессионального психолога и самим больным, и его родственниками. Нужно стремиться вернуться после лечения к любимой работе, трудовому коллективу. Это способствует тому, что больной продолжает чувствовать себя полноценным членом общества и ускоряет социальную адаптацию. Психотерапия в лечении рака играет очень важную роль. Любой онкобольной независимо от стадии и локализации рака должен полноценно жить, получая удовольствие от каждого прожитого дня. Заболевание, вызванное развитием злокачественной опухоли, является одним из наиболее мощных стрессов и рассматривается не только как угроза физической смерти, но и как эмоциональная катастрофа [29]. Таким образом, психологические факторы занимают важное место в плане проведения реабилитационных мероприятий. Главное направление работы – сохранение социального статуса больных, возвращение их к активной жизни через воссоздание психологической целостности [23]. Само слово «рак» подразумевает неизбежный фатальный исход заболевания и субъективно непереносимые условия жизни, причём смерть представляется особо мучительной. Однако степень выраженности психогенных реакций может отличаться не только у разных больных, но и варьировать у одного и того же пациента на определённых этапах контакта с онкологической службой. Психологическое состояние человека, впервые услышавшего от медицинских работников, что у него, возможно, онкологическое заболевание, описано в классических работах Е. Коблер-Росс [17]. Она установила, что большинство больных проходит через пять основных стадий психологической реакции: 1) отрицание или шок, 2) гнев, 3) «торговля», 4) депрессия, 5) принятие. Следует отметить, что вышеперечисленные стадии не всегда идут в установленном порядке. Больной может остановиться на какой-то стадии или даже вернуться на предыдущую, однако знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что делается в душе человека, столкнувшегося со смертельной болезнью, и соответствующей психологической коррекции. Далеко не каждый больной сможет самостоятельно выработать для себя адекватную систему психологической компенсации, без которой ему трудно возобновить нормальный (подобный прежнему) образ жизни, вернуться к труду. Именно в этом случае они особенно нуждаются в эмоциональной поддержке со стороны врача и остального медицинского персонала, в целом специально ориентированного в вопросах общения с онкологическими больными.

Ещё одна важная проблема касается психологического состояния семей онкологических больных, поскольку от них напрямую зависит готовность больного продолжать начатое лечение, его настрой, оценка своих возможностей. Ощущение беспомощности, невозможности помочь близкому заставляет родственников психологически

отстраняться от онкобольного, который и так чувствует, что к нему относятся по-особому другие люди, включая медицинских работников. Друзья и члены семьи больного могут испытывать иррациональные страхи, думая, что онкологические болезни заразны и передаются контактным путём. Очень часто члены семьи чересчур заняты вниманием, которое оказывается онкобольному, и также нуждаются во внимании и поддержке. Родственники могут испытывать трудно скрываемый гнев от чувства бессилия и отсутствия контроля над ситуацией. Как правило, под этим лежит чувство вины и ощущение, что они сделали в жизни что-то неправильно. В таких случаях сами родственники нуждаются в индивидуальной помощи психотерапевта или психолога [19].

Все более остро встает вопрос повышения качества жизни пациенток, резко снижающегося в результате проведенного радикального лечения. Хирургическое удаление молочной железы разрушает уверенность в себе, поддерживает память о заболевании. Парадокс состоит в том, что основное инвалидизирующее воздействие оказывает не рак молочной железы (РМЖ) как таковой, а именно мастэктомия, ведущая к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации, которая по своим масштабам и характеру превосходит и заметно отличается от инвалидизации при многих других онкологических заболеваниях [3]. Шок хирургического вмешательства, онкологический страх, возможность разрушения семьи, проблема потери работы и дальнейшего трудоустройства, разрыв социальных связей – вот с чем приходится сталкиваться женщине после хирургического лечения РМЖ [20]. Многочисленные исследования показывают, что дефекты внешности, не имеющие существенного функционального значения с точки зрения медицины, приводят к глубокой деформации личности, значительно ухудшают качество жизни. Это показатель удовлетворенности пациента различными сферами жизни и ее «комфортности». Подобный подход охватывает не только динамику заболевания, но и психологическое взаимодействие с микро- и макросоциумом, собственное отношение к себе, окружающим, возможности реализации, полноценное социальное функционирование, что является особенно важным в онкологии. Поэтому лечение больных РМЖ обязательно должно сопровождаться реабилитацией, направленной на максимальное восстановление физического, психологического и социального благополучия. Важнейшая составляющая в комплексной реабилитации больных РМЖ – хирургическое восстановление молочной железы. Устранение косметического дефекта, ассоциировавшегося у больных РМЖ с тяжелым недугом, может освободить больных от чувства страха, характерного для столкнувшихся с онкологическим заболеванием [4]. Не вызывает сомнений положительная роль реконструктивно-пластических операций в социально-психологической реабилитации женщин, так как

они не только решают проблему косметических последствий радикальных операций, но и уменьшают психологический стресс, вызванный хирургическим вмешательством [27].

Проведенное исследование показало, что высокий уровень тревоги, связанный с хирургическим лечением, достоверно снижается после выполнения реконструктивно-пластической операции. Восстановительные операции в сочетании с психотерапевтическим воздействием влияют на психоэмоциональное состояние больных РМЖ, уменьшая проявления личностной деформации. В отдаленном периоде качество жизни части женщин, перенесших лечение РМЖ с первичной реконструкцией, не ухудшается – 47% женщин отмечают, что по-прежнему остаются социально активными, сохраняя прежний образ жизни и женственность. Однако, несмотря на положительный эффект восстановления молочной железы и эффективность проведенного лечения РМЖ, у 13,3% женщин через 1 год после завершения лечения остается тяжелая депрессия, у 17,8% – высокий уровень тревоги. Эти данные свидетельствуют о необходимости наряду с реконструктивно-пластическими операциями использовать индивидуально разработанные (учитывающие интеллектуальные, личностные и социальные особенности) методы психологического воздействия [24]. Так, например, органосохраняющее лечение рака молочной железы T1–2N0–1M0 в отличие от операции радикальной мастэктомии достоверно улучшает качество жизни больных, что способствует социальной и медицинской реабилитации [6]. Полученные данные свидетельствуют о том, что возраст в значительной мере определяет качество жизни, как у здоровых женщин, так и у пациенток, перенесших лечение по поводу РМЖ. Формирование реабилитационных программ (психологической, социальной коррекции) с учетом знаний о возрастных особенностях КЖ позволит значительно повысить эффективность лечения [11]. Тем не менее, если физическая реабилитация (лечение постмастэктомического синдрома, выполнение реконструктивных пластических операций) имеет хотя бы какое-то развитие в практике отечественных онкологов, то проблеме психоэмоциональной реабилитации и социальной адаптации уделяется крайне мало внимания [18]. Ряд проведенных специалистами в области психоонкологии исследований свидетельствует о высокой частоте возникновения тревожно-депрессивного, ипохондрического, невротического и других психопатологических синдромов у пациенток в процессе и после лечения РМЖ [33].

Качество жизни больных местно-распространенным РМЖ с рецидивом заболевания после комплексного лечения отличается от качества жизни пациенток с благоприятными отдаленными результатами. Повседневная деятельность и физическая активность больных ограничена состоянием их здоровья. В связи с ухудшением эмоционального статуса ограничены также и социальные контакты.

У большинства пациенток отмечены депрессия и тревога по поводу состояния своего здоровья и дальнейшей судьбы. Таким образом, для больных РМЖ с рецидивом и прогрессированием заболевания после комплексного лечения необходимо разрабатывать целую систему мероприятий, направленных на улучшение качества жизни. В первую очередь следует улучшить физическое самочувствие пациенток с помощью симптоматического лечения. Показано проведение специфической терапии, направленной на основной процесс. Большое значение для успеха лечения имеет психологическая реабилитация больных с целью выработки у них положительной мотивации к лечению [15].

Программы психологического сопровождения для женщин с РМЖ:

- 1) психологическая коррекция состояний всех пациенток в условиях стационара;
- 2) активная профессиональная психологическая поддержка пациенток с пассивной жизненной позицией в амбулаторных условиях;
- 3) психолого-педагогическая программа для организации соучастия и взаимодействия пациенток с активной жизненной позицией;
- 4) специальная программа психологической поддержки для женщин из малого города.

Соответственно программа включала несколько блоков: теоретический – создание информационной платформы для проведения встреч; блок самостоятельной работы – освоение навыков самоанализа; практический блок – освоение и закрепление навыков саморегуляции и оптимизации эмоционального состояния (настроения) в ходе тренингов [21].

В настоящее время все больше внимания уделяется качеству жизни больных, перенесших радикальное лечение рака предстательной железы (РПЖ). Благодаря определенным успехам, достигнутым в лечении этого заболевания, многие пациенты живут в течение многих лет после установления диагноза. У данного контингента больных даже незначительные изменения качества жизни (как позитивные, так и негативные) могут приводить к серьезным изменениям психоэмоционального состояния и самооценки. Соответственно, индекс качества жизни, связанного со здоровьем, у пациентов, страдающих раком предстательной железы, может быть столь же важен, как и выживаемость, поэтому при выборе методов лечения при различных стадиях РПЖ в расчет следует принимать не только продолжительность, но и качество жизни.

Качество жизни онкоурологических пациентов оценивают с помощью общего опросника MOS-SF-36 и анкеты для определения состояния здоровья после радикального лечения рака простаты. Шкалы опросника и анкеты группируются в три интегральных показателя: физический, психологический и урологический (включающий в себя функцию мочеполювых органов) компоненты здоровья. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 соответствует полному здоровью.

Градации отличий: 0-20 – плохое качество жизни; 21-40 – посредственное; 41-60 – хорошее; 61-80 – очень хорошее; 81-100 – отличное. Больше всего страдает физический компонент здоровья, на втором месте психологический компонент, на третьем – состояние урологического здоровья [1]. Главной целью лечебных мероприятий при РПЖ является обеспечение максимальной длительности жизни пациентов и достаточно высокого ее качества. Обследование больных РПЖ показало, что основными нарушениями после ПРПЭ были: недержание мочи, снижающее их социальную адаптацию, и связанные с этим беспокойства. Мужчины, подвергнутые антиандрогенной депривации, страдают, прежде всего, дизурией (обструктивно-ирритативная симптоматика). Кроме того, в обеих группах больных значительно нарушается половая функция и в меньшей степени – гормональная. Нарушения половой функции обусловлены эректильной дисфункцией, однако беспокойства по этому поводу выражены только в группе, перенесшей ПРПЭ. Нарушения гормональной функции клинически проявляются приливами жара, слабостью, депрессивным состоянием. Эти симптомы имеют место в большей степени у мужчин, подвергнутых консервативному лечению, в то же время применявшиеся виды лечения больных РПЖ не вызывали каких-либо нарушений функции кишечника.

Исследование надежности предложенного нами опросника для оценки КЖ больных РПЖ определяли методом определения устойчивости и внутренней согласованности. Первый из них изучали с помощью корреляционного анализа сведений, полученных при первичном и повторном обследовании пациентов, выражающегося коэффициентом корреляции Пирсона. Его значение было $>0,7$ для всех разделов (шкал). Существует незначительный разброс в подшкалах при оценке качества мочеиспускания и нарушения функции кишечника, а также их влияния на социальную адаптацию ($<0,7$). Внутренняя согласованность опросника (оценка разброса каждого вопроса с общим разбросом всей шкалы) доказана с помощью коэффициента Кронбаха, который для всех шкал и подшкал составил $>0,8$. Приведенные материалы свидетельствуют о достаточно высокой надежности данной методики исследования КЖ больных РПЖ.

Таким образом, «Универсальный опросник качества жизни больных раком предстательной железы» является надежным инструментом оценки КЖ больных, страдающих РПЖ, и может быть рекомендован для широкого использования специалистами онкоурологического профиля в клинической практике и научно-исследовательской работе в амбулаторных и стационарных условиях [16]. Было показано, что улучшение качества мочеиспускания и ухудшение качества жизни в целом при всех методах лечения наблюдается при сроках наблюдения от 3 месяцев до года. Наилучший средний показатель качества жизни получен у больных после радикальной простатэктомии [5, 13].

Качество жизни – второй по значимости показатель результатов лечения после выживаемости у больных раком прямой кишки (РПК). Качество жизни отражает физическое, психологическое и социальное функционирование больного и позволяет оценить влияние заболевания на состояние пациента. Изменение параметров качества жизни в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах определяется видом и объемом выполненной операции, при этом лучшие показатели качества жизни у больных РПК отмечены после выполнения сфинктеросохраняющих операций [22]. Значительная распространённость, особая личностная значимость и высокая смертность вследствие онкологических заболеваний диктуют необходимость междисциплинарного подхода к подготовке специалистов-онкологов. Коррекция своевременно распознанных психических расстройств у онкобольных и членов их семей улучшает качество жизни больного, а в ряде случаев, наряду с другими формами терапии в онкологической клинике, способствует реконвалесценции. Особые надежды в этой связи могут быть возложены на подготовку семейных врачей, в чью компетенцию по определению входит оценка состояния здоровья и коррекция имеющихся расстройств не только у больного, но и у членов его семьи. При этом проблема верификации психических расстройств у онкобольных может быть решена путём введения в образовательный процесс по специальности «семейная медицина» методических разработок, тематических занятий и лекционного курса по указанному кругу вопросов, а также консультативной психотерапевтической помощи [7].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аполихин, О.И. Сравнительная оценка качества жизни больных раком простаты после радикальной простатэктомии и брахитерапии / О.И. Аполихин, И.В. Чернышев, А.В. Сивков и др. <http://samara.uroweb.ru/articles/id-25>.
2. Баранова, А.В. Социально-психологические факторы оценки качества жизни / А.В. Баранова, В.А. Хащенко // Материалы III Всероссийского съезда психологов. – СПб., 2003. Т. 1. С. 93-97.
3. Блохин, С.Н. Реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2003. С. 3-21.
4. Боровиков, А.М. Восстановление груди после мастэктомии. – Тверь, 2000. С. 4-18.
5. Бухаркин, Б.В. Клиническая онкоурология. – М., 2003. С. 433-435.
6. Геворкян, Ю.А. Улучшение качества жизни больных раком молочной железы после органосохраняющего лечения с интраоперационной химиотерапией на аутосредах организма / Ю.А. Геворкян, А.В. Дашиков, Н.В. Солдаткина, Д.С. Петров // Сибирский онкологический журнал. 2008. № S2. С. 37-47.
7. Дудниченко, А.С. О важности оценки психического онкологических больных и членов их семей / А.С. Дудниченко, Л.Н. Дышлевая, А.Ю. Дышлевой // <http://www.psychiatry.org.ua/brief/paper054.htm>
8. Комарова, В.П. Качество жизни как один из критериев оценки эффективности лечения // Материалы V Российской онкологической конференции. М., 2001. С. 31-33.
9. Концепция развития здравоохранения до 2020 года <http://www.zdravo2020.ru>.
10. Лопаткин, Н.А. К вопросу об эпидемиологии рака предстательной железы в России / Н.А. Лопаткин, Н.Н. Поповкин, И.В. Зиборова // Пленум правления Российского общества урологов: тез. докл. – М., 1999. С. 27-30.
11. Мусаева, Н.Э. Возрастные особенности качества жизни больных операбельным раком молочной железы / Н.Э. Мусаева, Ю.А. Дыхно, Е.М. Слонимская // Сибирский онкологический журнал. 2008. № S2. С. 62-63.
12. Новик, А.А. Оценка качества жизни больного в медицине / А.А. Новик, С.А. Матвеев, Т.И. Ионов и др. // Клиническая медицина. 2000. № 2. С. 10-13.
13. Онкология: национальное руководство / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – М., 2008. С. 789-796.
14. Полищук, Т.В. Качество жизни больных местнораспространенным немелкоклеточным раком легкого на этапах комбинированного лечения / Т.В. Полищук, С.А. Тузинов, Л.Н. Балацкая, С.В. Миллер // Сибирский онкологический журнал. 2007. № 2 (22). С. 74-78.
15. Попова, Т.Н. Качество жизни больных местнораспространенным раком молочной железы с прогрессированием заболевания после комплексного лечения / Т.Н. Попова, Е.А. Кузеванова // Опухоли женской репродуктивной системы. 2011. № 4. С. 13-19.
16. Ракул, С.А. Апробация «Универсального опросника качества жизни больных раком предстательной железы» / С.А. Ракул, С.Б. Петров, М.Д. Иванова, Н.Н. Петрова // Онкоурология. 2009. №2. С. 64-74.
17. Руководство по медицине. Диагностика и терапия: В 2 т. / Пер. с англ.: под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчера. – М.: Мир, 1997. Т.2, С. 3-7; 61-66, 73-76.
18. Савин, А.А. Психосоциальные нарушения и их коррекция у больных, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы / А.А. Савин, Р.К. Шихкеримов, Л.З. Вельшер и др. – www.aswomed.ru.
19. Саймонстон, К. Психотерапия рака / К. Саймонстон, С. Саймонстон. – СПб: Питер, 2001. 288 с.
20. Сидоров, С.В. Одномоментная и отсроченная реконструкции молочной железы с использованием собственных тканей у онкологических больных. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Новосибирск, 1997. С. 2-5, 23-28.
21. Симаева, И.Н. Особенности психологической поддержки женщин, перенесших операцию по поводу рака молочной железы, в условиях малого города / И.Н. Симаева, И.Г. Ецина // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2010. № 5. С. 34-38.
22. Соловьев, И.А. Качество жизни больных раком средней и нижнеампулярного отделов прямой кишки после оперативного лечения / И.А. Соловьев, О.В. Литвинов, И.И. Дзидзава и др. // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2007. № 3. С. 14-19.
23. Сухотерин, И.В. «Социально-психологический портрет» больных раком молочной железы и проблема их психологической реабилитации / И.В. Сухотерин, Н.В. Павлова // Опухоли женской репродуктивной системы. 2011. №1. С. 32-37.
24. Ткаченко, Г.А. Качество жизни больных раком молочной железы после первичных реконструктивно-пластических операций / Г.А. Ткаченко, В.А. Яковлев, Х.С. Арсланов // Опухоли женской репродуктивной системы. 2007. Том 1, № 3. С. 14-17.

25. Федеральная служба государственной статистики Российский статистический ежегодник – 2011 г. http://www.gks.ru/bgd/regl/b11_13/Main.htm.
26. Askoxylakis, V. Long-term survival of cancer patients compared to heart failure and stroke: a systematic review / V. Askoxylakis, C. Thieke, S.T. Pleger et al. // BMC Cancer. 2010. Mar 22.10:105.
27. Bostwick, J. Reconstruction after mastectomy // Surg. Clin. North. Am. 1990. 70(5) P. 1125-1140.
28. Croswell, J.M. Cumulative incidence of false-positive results in repeated, multimodal cancer screening / J.M. Croswell, B.S. Kramer, A.R. Kreimer et al. // Ann. Fam. Med. 2009. N7. P. 212-215.
29. Greer, S. Mind-body research in psychooncology // Advanc. Mind-Body Med. 1999. N 15. P. 236-281.
30. Johnson, J.J. Carnosol: a promising anti-cancer and anti-inflammatory agent // Cancer Lett. 2011. Jun 1. 305(1) P. 1-7.
31. Ramirez, A.G. A national agenda for Latino cancer prevention and control / A.G. Ramirez, K.J. Gallion, L. Suarez et al. // Cancer. 2005. Jun 1. N 103(11) P. 2209-2215.
32. Stein, C.J. Modifiable risk factors for cancer / C.J. Stein, G.A. Colditz // Br. J. Cancer. 2004. Jan 2. N. 90(2). P. 299-303.
33. Watson, M. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients / M. Watson, S. Greer, L. Rowden et al. // Psychol. Med. 1991. N21. P. 51-57.

SOME QUESTIONS OF ONCOLOGICAL DISEASES PROPHYLAXIS AND UPGRADING THE LIFE QUALITY OF ONCOLOGICAL PROFILE PATIENTS

© 2012 K.R. Amlayev¹, A.A. Koychuyev², M.S. Gevandova², Z.D. Makhov³

¹ Stavropol City Center of Medical Prophylaxis

² Stavropol State Medical Academy

³ Stavropol Regional Clinical Oncological Center

In article questions of epidemiology of oncological diseases are considered, the emphasis is placed on adequate use of methods of medical screening of oncological pathology. Explicitly problems of life quality at some categories of oncological patients are described.

Key words: *epidemiology, oncology, prophylaxis, life quality*

Karen Amlaev, Doctor of Medicine, Professor, Head Physician.

E-mail: kum672002@mail.ru

Arsen Koychuev, Candidate of Medicine, Assistant at the Oncology Department. E-mail: koichuev@mail.ru

Margarita Gevandova, Candidate of Medicine, Associate Professor at the Biology Department. E-mail: kafedrabiologii@yandex.ru

Zuber Makhov, Chief of the Urology Department