

Первый успешный опыт эндоскопического лечения дивертикула Ценкера в Казахстане

К.У. Батырбеков¹, А.Г. Зеленый², А.А. Галиакбарова¹

¹ Центр экспертной эндоскопии ТОО «Национальный научный онкологический центр», Нур-Султан, Казахстан;

² Многопрофильный медицинский центр, Нур-Султан, Казахстан
dr.kanat77@gmail.com

Аннотация

Дивертикул Ценкера развивается преимущественно в пожилом возрасте и в целом является довольно редким заболеванием, встречаемость его составляет 1,5–5% от всех дивертикулов пищевода. В 2–3 раза чаще болеют мужчины, чем женщины. В настоящее время на территории Казахстана в лечении дивертикула Ценкера преимущественно используют хирургический метод, но с развитием эндоскопии в практику внедряется минимально инвазивный способ – эндоскопическая дивертикулэзофагостомия. Трансоральное лечение преследует цель создания общей полости между пищеводом и дивертикулом для предотвращения скопления пищи в дивертикуле. Передняя стенка между двумя этими структурами состоит из стенки дивертикула, *m. cricopharyngeus* и стенки пищевода, пересечение этой перегородки автоматически обеспечивает ее миотомию. И открытое хирургическое, и эндоскопическое трансоральное лечение дивертикула Ценкера обеспечивают уменьшение симптоматики у 94–100% больных. В нашей статье мы представляем первый успешный случай в Казахстане эндоскопического лечения дивертикула Ценкера методом туннельной диссекции в подслизистом слое.

Ключевые слова: дивертикул Ценкера, эндоскопическое лечение, септикотомия, туннельная диссекция, дивертикулэзофагостомия.

Для цитирования: Батырбеков К.У., Зеленый А.Г., Галиакбарова А.А. Первый успешный опыт эндоскопического лечения дивертикула Ценкера в Казахстане. Клинический разбор в общей медицине. 2020; 3: 45–48. DOI: 10.47407/kr2020.1.3.00023

First successful experience of the Zenker's diverticulum endoscopic therapy in Kazakhstan

Kanat Batyrbekov¹, Alexey Zelenyy², Ainur Galiakbarova¹

¹ National Research Oncology Center, Nur-Sultan, Kazakhstan;

² Multi-profile medical center, Nur-Sultan, Kazakhstan
dr.kanat77@gmail.com

Abstract

Zenker's diverticulum tends to occur in the elderly and is generally a relatively rare disorder; the prevalence of Zenker's diverticulum is 1.5–5% of all esophageal diverticula. Men are affected 2–3 times more frequently than women. To date, Zenker's diverticulum is treated mostly by surgery in Kazakhstan, however, with the development of endoscopy the minimally invasive method, endoscopic diverticuloesophagostomy, is being implemented. The transoral treatment is aimed at creating the common cavity between the esophagus and the diverticulum in order to prevent food accumulation in the diverticulum. The anterior wall between these two structures consists of the diverticular wall, *m. cricopharyngeus* and esophagus wall, the septum transection automatically ensures myotomy. Both open surgery and endoscopic transoral treatment of Zenker's diverticulum result in reduced symptoms in 94–100% of patients. The paper reports the first successful experience of the Zenker's diverticulum treatment by endoscopic submucosal tunnel dissection in Kazakhstan.

Key words: Zenker's diverticulum, endoscopic therapy, septicotomy, tunnel dissection, diverticuloesophagostomy.

For citation: Batyrbekov K., Zelenyy A., Galiakbarova A. First successful experience of the Zenker's diverticulum endoscopic therapy in Kazakhstan. Clinical review for general practice. 2020; 3: 45–48. DOI: 10.47407/kr2020.1.3.00023

Введение

Дивертикул Ценкера стали диагностировать со второй половины XVIII в. Первое сообщение об обнаружении дивертикула Ценкера принадлежит Ludlow из Бристоля, который в своем письме Hunter'у, датированном 1764 г., сообщает, что при вскрытии он столкнулся с «противоестественным карманом». Лечение диверти-

кулов пищевода всегда было актуальной проблемой хирургии, но в настоящее время появились эндоскопические методы лечения, которые становятся единственной альтернативой хирургическому лечению [1].

Клинические проявления дивертикулов пищевода зависят от их локализации. Наиболее яркую симптоматику дают дивертикулы Ценкера, расположенные в

Рис. 1. Рентгеноскопия на догоспитальном этапе.
Fig. 1. X-ray at pre-hospital stage.



Рис. 4. Иницирующий разрез.
Fig. 4. Incision.



Рис. 2. Слева устье дивертикула, справа просвет пищевода.
Fig. 2. Diverticular mouth on the left, esophageal lumen on the right.



Рис. 5. Углубление разреза.
Fig. 5. Deepening the incision.



Рис. 3. Просвет дивертикула Ценкера.
Fig. 3. Lumen of Zenker's diverticulum.



Рис. 6. Формирование туннеля.
Fig. 6. Tunnel creation.



области глоточно-пищеводного перехода. При ценкеровских дивертикулах пищевода рано развивается дисфагия – затрудненное прохождение как твердой, так и жидкой пищи по пищеводу. Остатки пищи скапливаются в дивертикуле, что сопровождается срыгиванием непереваренной пищи, неприятным запахом из ротовой полости. Регургитация может наблюдаться в положении лежа, в связи с чем пациенты часто обнаруживают при пробуждении слизь и остатки пищи на подушке. Также больные могут жаловаться на першение, царапанье глотки, ощущение непроглатываемого комка в горле, сухой кашель. Часто отмечается тошнота, гиперсаливация, изменение тембра голоса. Характерно развитие «феномена блокады», когда после приема пищи появляется покраснение лица, ощущение удушья, головокружение, развивается обморок. Данное состояние обычно купируется после рвоты, небольшие (до 2 см) бифуркационные и наддиафрагмальные дивертикулы пищевода обычно бессимптомны [2].

Дивертикулы больших размеров сопровождаются дисфагией, срыгиванием непереваренной пищи, аэрофагией, загрудинными болями, тошнотой, ночным кашлем. При дивертикулах нижнего отдела пищевода к клинике расстройства пищеварения присоединяется рефлекторная одышка, тахикардия, бронхоспазм, боли в области сердца, ЭКГ-изменения, также дивертикулы

пищевода могут сопровождаться дивертикулитом и его осложнениями – флегмоной шеи, медиастинитом, образованием пищеводно-медиастинального свища, сепсисом. Регургитация с аспирацией пищевых масс приводят к развитию хронического бронхита, аспирационной пневмонии, абсцесса легкого.

Потенциальную опасность при дивертикулах пищевода представляет эрозивное слизистой, эзофагальное кровотечение, образование полипов пищевода, развитие рака пищевода.

Большие дивертикулы могут обнаруживаться при обычном осмотре и пальпации как выпячивание на боковой стороне шеи. Контрастная рентгеноскопия пищевода и желудка с барием – основной метод, позволяющий определить наличие дивертикула, его размеры, длительность задержки в нем бария, моторные нарушения пищевода, наличие осложнений [3]. Эзофагогастроскопию применяют с большой осторожностью, так как существует большой риск перфорации дивертикула, особенно при локализации в шейном отделе пищевода.

Клинический случай

Пациент С., 58 лет, направлен в клинику на оперативное лечение с жалобами на чувство инородного тела в пищеводе, дисфагию, першение в горле в течение 2 лет,

Рис. 7. Углубление туннеля.
Fig.7. Deepening the tunnel.

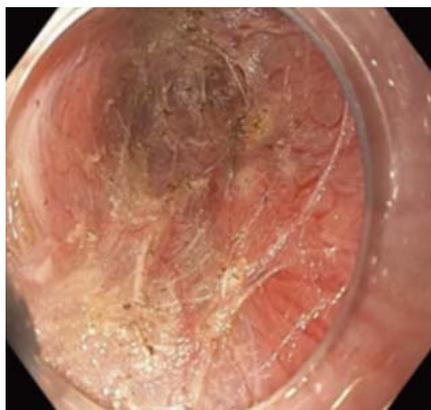


Рис. 8. Туннель сформирован.
Fig.8. Tunnel is established.



Рис. 9. Рассечение крикофарингеальной мышцы.
Fig.9. Dissection of cricopharyngeus muscle.

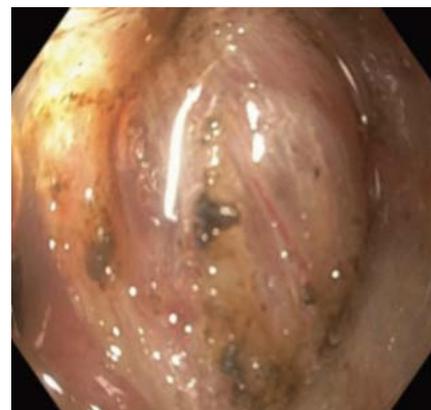


Рис. 10. Формирование второго туннеля.
Fig. 10. Creation of second tunnel.



Рис. 11. Ушивание разреза клипсами.
Fig. 11. Incision closure with clips.



Рис. 12. Рентген-контроль после операции.
Fig. 12. Routine X-ray after surgery.



ночную саливацию, нарушение речи из-за гиперсаливации, похудение. В региональной клинике на амбулаторном этапе диагностирован дивертикул Ценкера на эзофагогастродуоденоскопии и рентгеноскопии (рис. 1). Пациент после дополнительного обследования госпитализирован в нашу клинику для эндоскопического лечения, запланирована эндоскопическая септикотомия методом туннельной диссекции в подслизистом слое. В настоящее время существует несколько видов эндоскопической дивертикулотомии, мы использовали туннельную методику, которая зарекомендовала себя самой успешной в плане отсутствия рецидивов [4].

Перед началом операции пациент заинтубирован с помощью бронхоскопа. Во время интраоперационной видеозофагогастродуоденоскопии на расстоянии 18 см от передних резцов слева имеется устье дивертикула овальной формы до 2,5–3,0 см, глубина 2,5 см, в просвете дивертикула остатки пищевых масс, слизистая очагово гиперемирована, эрозирована, легко ранима (рис. 2–3). Устье пищевода располагается справа от перегородки. Проведен иницирующий разрез по середине перегородки, далее по обе стороны создан туннель. Со стороны пищевода туннель углублен ниже

дна дивертикула, а со стороны просвета дивертикула туннель сформирован до дна дивертикула. Затем проведено рассечение крикофарингеальной мышцы и циркулярной мышцы пищевода на 1 см ниже дна дивертикула, также рассечена слизистая по левой стороне от перегородки до дна дивертикула. Разрез слизистой ушит клипсами. В просвет пищевода трансназально установлен назогастральный зонд. Время операции составило 120 мин.

Этапы операции представлены на рис. 4–11.

На следующий день проведена контрольная рентгеноскопия пищевода водорастворимым контрастом. На рентгеноскопии задержки контраста нет, пассаж не страдает, затеков контраста нет (рис. 12). Пациент не предъявляет жалоб, общее состояние не страдает, разрешено пить воду. В дальнейшем послеоперационный период протекал без особенностей, пациенту проводилась антибиотикотерапия в профилактических целях. На 3-и сутки после операции пациенту разрешили прием твердой пищи, на 4-е сутки после операции он был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр пациента запланирован через 6 мес после операции.

Вывод

Эндоскопическое лечение дивертикула Ценкера методом туннельной диссекции в подслизистом слое является малоинвазивной методикой и успешной альтернативой хирургического лечения. Плюсами эндоскопического лечения является отсутствие открытого доступа и послеоперационной раны кожных покровов,

ранняя реабилитация и улучшение качества жизни пациента уже в 1-е сутки, а также отсутствие рецидива дивертикула при такой методике лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Ludlow A. A case of obstructed deglutition, from a preternatural dilatation of, and bag formed in, the pharynx. *Med Observations Inquiries* 1767; 3: 85–101.
2. Королёв М.П., Федотов Л.Е., Климов А.В. и др. Диагностика и лечение дивертикулов Ценкера. *Клиническая практика*. 2016; 3. [Korolev M.P., Fedotov L.E., Klimov A.V. et al. *Diagnostika i lechenie divertikulov Tsenkera. Klinicheskaja praktika*. 2016; 3 (in Russian).]
3. Голубев Д.Б. К этиологии дивертикулов пищевода (к 225-летию первого сообщения о дивертикулах пищевода). *Вестник рентгенологии и радиологии*. 1995; 1: 31–4. [Golubev D.B. *K etologii divertikulov pishhevoda (k 225-letiiu pervogo soobshcheniia o divertikulakh pishhevoda)*. *Vestnik rentgenologii i radiologii*. 1995; 1: 31–4 (in Russian).]
4. Павлов И.А., Шишин К.В., Недолужко И.Ю. и др. Современные подходы к лечению пациентов с дивертикулами Ценкера (обзор литературы). *Доктор.Ру*. 2018; 3 (147): 27–32. [Pavlov I.A., Shishin K.V., Nedoluzhko I.Yu. et al. *Sovremennye podkhody k lecheniiu patsientov s divertikulami Tsenkera (obzor literatury)*. *Doktor.Ru*. 2018; 3 (147): 27–32 (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Батырбеков Канат Умирзакович – канд. мед. наук, зав. Центром экспертной эндоскопии ТОО «Национальный научный онкологический центр». E-mail: dr.kanat77@gmail.com

Kanat Baturbekov – Cand. Sci. (Med.), National Research Oncology Center. E-mail: dr.kanat77@gmail.com

Зеленый Алексей Геннадьевич – зав. эндоскопическим отд-нием, Многопрофильный медицинский центр
Alexey Zelenyy – Chief of endoscopy department, Multi-profile medical center

Галиакбарова Айнуяр – центр экспертной эндоскопии ТОО «Национальный научный онкологический центр»
Ainur Galiaqbarova – Department of expert endoscopy, National Research Oncology Center

Статья поступила в редакцию / The article received: 03.12.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 10.12.2020

Представления о болезни у пациенток со злокачественными и доброкачественными новообразованиями молочных желез

Л.М. Когония¹, А.С. Нелюбина^{2,3}, Е.В. Маркарова¹, Е.Е. Тунцова⁴

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия;

² ФГБОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет», Москва, Россия;

³ НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия;

⁴ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

lali51@yandex.ru

Аннотация

Рассматриваются варианты субъективных представлений о болезни у пациенток, имеющих злокачественные и доброкачественные новообразования молочных желез. В исследовании приняли участие 100 пациенток КДЦ ФУВ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» (50 пациенток, страдающих раком молочной железы II–III стадии, и 50 пациенток с диагнозом «фиброзно-кистозная мастопатия»). В результате исследования были описаны варианты субъективных концепций болезни пациенток обеих клинических групп, которые обуславливали поведение пациенток в ситуации болезни, в том числе некомплаентное поведение. Полученные результаты могут быть использованы при построении профилактических программ (первичной и вторичной профилактики).

Ключевые слова: психология больного, представления о болезни, некомплаентное поведение больного, рак молочной железы, фиброзно-кистозная мастопатия.

Для цитирования: Когония Л.М., Нелюбина А.С., Маркарова Е.В., Тунцова Е.Е. Представления о болезни у пациенток со злокачественными и доброкачественными новообразованиями молочных желез. Клинический разбор в общей медицине. 2020; 3: 49–52. DOI: 10.47407/kr2020.1.3.00024

Illness concepts among patients with benign and malignant mammary tumors

Lali M. Kogoniya¹, Anna S. Nelubina^{2,3}, Ekaterina V. Markarova¹, Ekaterina E. Tuntsova⁴

¹ Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russia;

² Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia;

³ Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia;

⁴ Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

lali51@yandex.ru

Abstract

The paper reports variants of subjective illness perception in patients with benign and malignant mammary tumors. The study included 100 patients followed-up in the Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute (MONIKI) (50 patients with stage II–III breast cancer and 50 patients with fibrocystic breast changes). The study provided data on subjective illness concept variants for patients of both groups which defined the illness behavior of patients, including the non-compliant behavior. The results obtained may be used for development of disease prevention programs (primary and secondary prevention).

Key words: patient psychology, illness concept, patient non-compliance, breast cancer, fibrocystic breast changes.

For citation: Kogoniya L.M., Nelubina A.S., Markarova E.V., Tuntsova E.E. Illness concepts among patients with benign and malignant mammary tumors. Clinical review for general practice. 2020; 3: 49–52. DOI: 10.47407/kr2020.1.3.00024

Актуальность работы обусловлена широкой распространенностью онкопатологии среди населения. Так, в структуре онкологических заболеваний у женщин в Российской Федерации около 40% приходится на злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (39,2%), при этом рак молочной же-

лезы (РМЖ) диагностируется у 21,1% и занимает ведущую позицию в структуре смертности (16,4%) от злокачественных заболеваний [1–3]. Злокачественные новообразования молочной железы имеют наибольший удельный вес в возрастной группе 30–59 лет, т.е. социально активной и трудоспособной группе. Несмотря на

угрозу для жизни, часть пациенток оттягивает визит к врачу или последующий скрининг (пункцию, магнитно-резонансную томографию молочных желез), опасаясь постановки онкологического диагноза, неверно интерпретирует свои ощущения как симптомы другого заболевания или переутомления, что приводит к несвоевременному оказанию медицинской помощи.

В клинической психологии существует ряд концепций, объясняющих закономерности восприятия болезни пациентом, формирования ее концепции (как части внутренней картины болезни). В нашей работе мы опираемся на представления А. Клеймана о «нарративах болезни» – субъективных концептуализациях пациентов, которые позволяют им объяснить заболевание, передавать информацию о нем другим людям и символически контролировать происходящее с помощью «классификации и объяснения страданий» [5]. Принимая решение в ситуации болезни, пациент опирается не только на рекомендации врача, но и на собственные размышления, подкрепленные информацией, полученной из средств массовой информации, пациентских интернет-сообществ, ближнего социального окружения [4]. Понимая то, как пациент интерпретирует свои ощущения, какие причины возникновения болезни разделяет и какие способы лечения (совладания с болезнью) выбирает, можно воздействовать на этот процесс как на уровне первичной профилактики в группах риска, так и на уровне вторичной профилактики у болеющих людей, в целях предупреждения несвоевременного обращения за медицинской помощью в случае рецидива.

Целью исследования стало выявление того, какими представлениями о болезни в среднем пользуются пациентки со злокачественными и доброкачественными новообразованиями молочных желез.

Методы и материалы. В исследовании приняли участие 50 пациенток с онкопатологией молочной железы II–III стадии, прошедших или проходящих в данный момент комплексное лечение (радикальная мастэктомия + химиотерапия/дистанционная гамма-терапия/+ гормонотерапия). Средний возраст пациенток – $57,5 \pm 10,5$ года.

Группу сравнения составили 50 пациенток с доброкачественными изменениями молочной железы (фиброзно-кистозная болезнь, фиброаденома), средний возраст которых составил $44,2 \pm 13,4$ года.

С пациентками обеих групп проводилось развернутое часовое клиническое интервью, основой которого стали вопросы А. Клеймана: вопрос о возможных причинах болезни (с чем пациентка связывает начало заболевания), вопрос о механизмах развития болезни и способах совладания с ней, вопрос о тяжести болезни и прогнозе ее развития.

Полученные данные подвергались частотному анализу. Результаты представлены в виде таблиц. Нами был проведен анализ концепций, которые формируют пациентки в отношении причин своего заболевания, что позволило выделить следующие основные типы,

Таблица 1. Анализ концепций в отношении причин болезни у пациенток с РМЖ
Table 1. Analysis of illness cause concepts in patients with breast cancer

Генетическая теория	15%
Стрессогенная теория	30%
Гормональная теория	10%
Травматическая теория	8%
Магическая теория	5%
Не знают	25%
Прочее	7%

характерные для пациенток с РМЖ и доброкачественными изменениями.

Ведущей концепцией среди пациенток с РМЖ (табл. 1) является «стрессогенная концепция» (30% выборов): пациентки считают, что сильные эмоциональные потрясения могли быть катализаторами патологических процессов в организме, которые вызвали заболевания. Отметим, что на телесном уровне восприятия болезни эти пациентки выбирают в качестве симптомов своей болезни ощущение тревоги и депрессии, считая их угрожающими жизни. С этой точки зрения, если заболевание вызвал стресс, то ощущение тревоги и депрессии, которые считаются негативными, должны быть под запретом, иначе болезнь усугубится или вернется. Это также прослеживается в ориентации на позитивное мышление и здоровье – для пациенток характерны высказывания: «если думать, что больна, то действительно заболеешь», «у меня установка, что я здорова» и пр. Эти данные согласуются с зарубежными исследованиями, например работы L. Freeman-Gibb (2017 г.), S. Saritas и соавт. (2018 г.), H. Götze и соавт. (2019 г.). Пациентки с такой концепцией могут запрещать близким сообщать им негативные новости, стараться защититься от переживаний, принимать успокоительные препараты. Далее по частоте в выборке идет «генетическая теория» (15% выбора) – данные пациентки считают, что их заболевание обусловлено отягощенной наследственностью, приводя в пример больных родственников с онкологическими заболеваниями. Веря в «наследственность», пациентки не связывают развитие заболевания (или его рецидив) со своим образом жизни. Следующая по частоте в изучаемой выборке «гормональная теория» (10% выборов) – причина болезни видится пациентке в гормональном сбое, менопаузе, стимуляции при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО). Это согласуется с услышанной/прочитанной информацией о, например, эстрогензависимых опухолях. Такие пациентки ориентированы на «гормональную терапию», она согласуется с их представлениями о болезни. Эти данные согласуются с зарубежными исследованиями, например по приверженности препарату *tamoxifen* [9]. Менее распространены в выборке «травматическая теория» (8% выборов) – при ней опухоль считается результатом травматического воздействия на грудь (например, удара) и «магическая теория» (7% выборов) – болезнь как испытание для души или наказание за совершенные грехи, сильны в этой выборке

Таблица 2. Анализ концепций в отношении причин болезни у пациенток с доброкачественными изменениями МЖ
Table 2. Analysis of illness cause concepts in patients with benign breast conditions

Гормональная теория	36%
Теория возрастных изменений	8%
Проблемы при кормлении/роды	8%
Генетическая теория	12%
Травматическая теория	10%
Стрессогенная теория	18%
Прочее	8%
Воздержались	8%

представления о том, что «если суждено умереть, то все равно умрешь – с лечением или без».

Для пациенток с доброкачественными изменениями (табл. 2) доминирующей объяснительной концепцией является «гормональная» (36% выборов). То есть изменения, по мнению пациенток, вызваны гормональным сбоем, последствиями приема комбинированных оральных контрацептивов, стимуляцией при ЭКО. Что в целом согласуется с господствующим дискурсом телесности в данный момент (большую популярность набирают книги и интернет-блоги, посвященные гормональным причинам заболеваний у женщин).

Пациентки с доброкачественными изменениями молочной железы не получали никакого лечения для устранения «гормонального дисбаланса» не только лекарственными, но и даже гомеопатическими препаратами или биологически активными добавками. То есть, с одной стороны, им сообщалось, что онкологический диагноз не подтвердился, но с другой стороны, не предлагалась какая-то четкая траектория лечения, какой-то «лечебный ритуал», кроме необходимости профилактических осмотров (динамического наблюдения) в течение всей жизни. Оставаясь в ситуации ожидания, данные пациентки оставались без средств субъективного контроля болезни, что при высокой личностной тревожности приводит к обращению не только за помощью к научной медицине, но и нетрадиционным способам лечения, в том числе к самостоятельному поиску «лекарств» или «лечебных процедур».

Второй по распространенности в выборке является «стрессогенная концепция» (18% пациенток). Паци-

ентки считают, что заболевание появилось из-за того, что они испытывали сильные переживания, «нервничали», в их жизни много стресса, словом, «все болезни от нервов».

12% пациенток считают, что заболевание сформировалось под влиянием наследственности (у кого-то из родственниц была похожая проблема, либо же РМЖ).

10% придерживаются травматической теории (падение на грудь, удары по груди и т.д.), 8% считают, что это «обычные» возрастные изменения, и также 8% связывают заболевание с проблемами при кормлении или последствиями тяжелых родов.

Итак, анализ концепций позволяет проиллюстрировать смысловое отношение пациенток к своему заболеванию. Мы видим, что пациентки с онкологией в большей степени склонны считать свое заболевание последствиями сильного стресса, переживаний, а их болезнь несет в себе не только физическую угрозу, но и смысл душевного страдания. Так, описывая ощущения, связанные с болезнью, они используют не только телесные ощущения, но психические состояния и чувства (как маркеры болезни).

Для пациенток с доброкачественными изменениями молочных желез болезнь имеет смысл телесного недуга. Их гормональная теория довольно конкретна: причина болезни находится в теле и подчиняется конкретным физиологическим законам. Так, у пациенток с доброкачественными изменениями ощущения, связанные с болезнью, состоят преимущественно из конкретных телесных ощущений, локализованных в груди. То же самое касается ощущений, которые являются индикатором опасного состояния.

От субъективных представлений о болезни, объяснений происходящего зависит и то, на какую терапию готова пациентка, насколько будет привержена ей. Необходимо более тщательное исследование особенностей понимания пациентками терапии при онкологических заболеваниях, для предупреждения их некомплаентного поведения.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-013-00945.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии», 2018. http://www.oncology.ru/service/statistics/malignant_tumors/2017.pdf [Kaprin A.D., Starinskii V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennyye novoobrazovaniia v Rossii v 2017 godu (zabolevaemost' i smertnost'). M.: MNIIOI im. P.A. Gertsena filial FGBU "NMITs radiologii", 2018. http://www.oncology.ru/service/statistics/malignant_tumors/2017.pdf (in Russian).]
- Когония Л.М., Федотов А.Ю. Социологический опрос онкологических больных с целью выявления проблем в лечебном процессе. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012; 2: 42–3. https://elibrary.ru/download/elibrary_20272935_55716531.pdf [Kogoniia L.M., Fedotov A.Iu. Sotsiologicheskii opros onkologicheskikh bol'nykh s tsel'iu vyivleniia problem v lechebnom protsesse. Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny. 2012; 2: 42–3. https://elibrary.ru/download/elibrary_20272935_55716531.pdf (in Russian).]

3. Когония Л.М. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями в САО и СЗАО Москвы (в сравнении с Россией и Москвой). Социальные аспекты здоровья населения. 2012; 3 (25): 5. https://elibrary.ru/download/elibrary_17826412_56493813.pdf [Kogoniia L.M. Analiz zbolevaemosti zlokachestvennymi novoobrazovaniiami v SAO i SZAO Moskvy (v sravnenii s Rossiei i Moskvoi). Sotsial'nye aspekty zdorov'ia naseleniia. 2012; 3 (25): 5. https://elibrary.ru/download/elibrary_17826412_56493813.pdf (in Russian).]
4. Holland J.C. *Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities*. *Psycho-Oncology*. 2018; 27: 1364–76. <https://doi.org/10.1002/pon.4692>
5. Kleinman A. *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.
6. Götze H, Taubenheim S, Dietz A et al. Fear of cancer recurrence across the survivorship trajectory: Results from a survey of adult long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2019; 1–9. DOI: 10.1002/pon.5188
7. Saritas SC, Özdemir A. Identification of the correlation between illness perception and anxiety level in cancer patients. *Perspect Psychiatr Care* 2018; 54: 380–5. DOI: 10.1111/ppc.12265
8. Freeman-Gibb LA, Janz NK, Katapodi MC et al. The relationship between illness representations, risk perception and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2017; 26: 1270–7. DOI: 10.1002/pon.4143
9. Moon Z, Moss-Morris R, Hunter MS, Hughes LD. Understanding tamoxifen adherence in women with breast cancer: A qualitative study. *Br J Health Psychol* 2017; 22: 978–97. DOI: 10.1111/bjhp.12266

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Когония Лали Михайловна – д-р мед. наук, проф. каф. онкологии и торакальной хирургии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского». E-mail: lali51@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-3326-4961

Lali M. Kogoniya – D. Sci. (Med.), Prof., Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute. E-mail: lali51@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-3326-4961

Нелубина Анна Сергеевна – канд. психол. наук, и.о. зав. кафедрой нейро- и патопсихологии, ФГБОУ ВО РГТУ, доц. кафедры нейро- и патопсихологии взрослых НОЧУ ВО МИП. E-mail: nelubina-anna@mail.ru; ORCID: 0000-0001-6449-8811

Anna S. Nelubina – Cand. Sci. (Psychol.), Russian State University for the Humanities; Assoc. Prof., Moscow Institute of Psychoanalysis. E-mail: nelubina-anna@mail.ru; ORCID: 0000-0001-6449-8811

Маркарова Екатерина Васильевна – канд. мед. наук, врач-онколог, КДЦ ФУВ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского». E-mail: katemarkarova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2028-566X

Ekaterina V. Markarova – Cand. Sci. (Med.), Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute. E-mail: katemarkarova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2028-566X

Тунцова Екатерина Евгеньевна – выпускница факультета клинической психологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: kudrytyan@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8811-7614

Ekaterina E. Tuntsova – Graduate, Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. E-mail: kudrytyan@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8811-7614

Статья поступила в редакцию / The article received: 28.12.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 30.12.2020