

морального канала регуляции ритма сердца. Резко выраженная активность симпатического отдела вегетативной нервной системы у больных мужского пола отражает высокую степень напряжения регуляторных механизмов организма, что обуславливает значительное снижение его адаптивных возможностей. Обнаруженные нами особенности вегетативной реактивности у мужчин и женщин с опухолями костей и мышц, обуславливающие различную степень гиперадаптоза, необходимо учитывать при проведении комплексной терапии указанных заболеваний.

2. Тестирование уровня качества жизни у больных с опухолями костей и мышц позволяет преобразовать их чувства, поведение и личностные оценки в количественные эквиваленты, а антистрессовая релаксация, как доступный и простой в реализации метод, способствует повышению и восстановлению уровня качества жизни в области самооценки физического и эмоционального благополучия.

## **ВИДЫ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАКЕ ЛЁГКИХ**

*С.В. Козлов, И.А. Королева,  
М.Е. Попова, А.С. Николаева*

Самарский ОКОД  
Самарский ГМУ

Большинство больных с опухолевыми заболеваниями лёгких к моменту постановки диагноза имеет местнораспространенный или метастатический процесс, при котором радикальное хирургическое лечение не показано, в связи с этим одним из основных методов лечения рака лёгкого является химиотерапия. Но побочное влияние химиопрепаратов часто оказывается лимитирующим, не позволяющим продолжать использование лекарственного метода лечения. Для большинства противоопухолевых препаратов токсическое действие, соответствующее 3-й степени токсичности и более, является показанием к прекращению химиотерапии и требует проведения интенсивного сопроводительного лечения. Возможность возобновления химиотерапии зависит от полноты и темпа ликвидации побочных реакций и осложнений.

Задача: выявить характер и частоту осложнений цитостатического лечения у больных раком лёгких.

Материалы и методы.

Нами ретроспективно были изучены виды химиотерапевтических осложнений и степень их выраженности у больных со злокачественными

новообразованиями лёгких, проходивших лечение в химиотерапевтическом отделении СОКОД.

Всего было изучено 81 история болезни больных, в возрасте 38-65 лет (средний возраст 57,2 года), мужского и женского пола (мужчин - 60, женщин - 21), с распространённым немелкоклеточным раком лёгких – III-IV стадии, в первой или второй линии химиотерапии, с 3-4 степенью токсических осложнений. Для оценки степени токсичности использовалась шкала токсичности NCIC (критерии CTC NCIC).

В первой подгруппе изучались осложнения у 14 больных, получавших лечение по схеме Паклитаксел+Цисплатин (в режиме: паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> + цисплатин 70 мг/м<sup>2</sup> в 1 день). Во второй 16 пациентов, проходящих лечение по схеме Гемцитабин + Карбоплатин (гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в 1, 8 дни + Карбоплатин АUC-5 в 1 день); в третьей у 11 пациентов использовалась схема Доцетаксел + Цисплатин (доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> + цисплатин 70 мг/м<sup>2</sup> в 1 день); 4 группа состояла из 14 пациентов, схема: Винорельбин + Цисплатин (винорельбин 25 мг/м<sup>2</sup> в 1, 8, 15 дни + цисплатин 70 мг/м<sup>2</sup> в 1 день); 5 группа включала 26 пациентов, схема Этопозид + Цисплатин (этопозид 120 мг/м<sup>2</sup> в 1, 3, 5 дни + цисплатин 70 мг/м<sup>2</sup> в 1 день).

Результаты и обсуждение.

У пациентов 1 группы химиотерапевтическое лечение сопровождалось нейтропенией 3-4ст в 50%, затем по частоте развития были тошнота/рвота 3 степени и анемия (по 28%). Во второй группе у значительного количества пациентов отмечалась лейкопения 3-4 степени и тошнота/рвота (по 62%) 3 степени. В 3 и 4 группах, так же как и в первой, нейтропения 3-4 степени являлась главным осложнением химиотерапевтического лечения (63% и 57% соответственно). В 5 группе у 73% была лейкопения и у 46% тошнота/рвота.

Такие осложнения, как аллопеция, ухудшение аппетита, повышенная утомляемость, отмечаются практически у всех пациентов.

Таким образом, основными осложнениями 3-4 ст. при химиотерапевтическом лечении рака лёгких являются лейкопения – у 49% всех больных, нейтропения – у 44%, тошнота/рвота – у 39%, анемия – у 26%. Причём во II и V группах лейкопения 3-4 степени является самым частым осложнением (62% и 73% соответственно). Во второй группе развитие анемии и тромбоцитопении 3-4 степени было у 31 и 25% пациентов, но данные осложнения были настолько тяжёлыми, что потребовалось проведение трансфузий эритроцитарной взвеси и тромбоконцентрата. В I, II и IV группах лечение фебрильной нейтропении сопровождалось антибактериальной терапией и

введением колониестимулирующего фактора. Стоит отметить что у 16% всех больных была нефротоксичность 3-4 степени и у 9,2% нейротоксичность 3 степени, особенно часто встречающаяся в 3 группе. Такие редкие осложнения, как артралгия/миалгия, ототоксичность 3ст были у 3,7% и обычно купировались после прекращения лечения.

Помимо приведённых схем химиотерапии рака лёгкого, в нашем отделении применялись и другие режимы лечения. Гефитиниб (Иресса – ингибитор тирозинкиназы) получали 3 пациента, при этом основным токсическим эффектом у всех пациентов были тошнота, кожные реакции в виде сухости кожи, зуда, выраженной пустулёзной угреподобной сыпи, тромбоцитопения 3 ст у 2 пациентов, и повышение активности АлАТ / АсАТ в 3 раза выше нормы у 1 больного. Такие же дерматологические реакции отмечались и у других троих больных, принимавших Эрлотиниб (Тарцева).

**Выводы.**

Токсичность химиотерапии имеет ряд нежелательных последствий: а) неблагоприятно влияет на качество жизни больных как во время лечения, так и при последующем наблюдении; б) приводит к необходимости снижения доз цитостатиков, увеличению интервалов между курсами и прекращению противоопухолевого лечения; в) может угрожать жизни больного; г) существенно повышает стоимость медикаментозного и немедикаментозного лечения больных за счёт коррекции осложнений.

Коррекция химиотерапевтических осложнений требует проведения серьёзного сопроводительного лечения, влияющего на иммунную, кроветворную системы организма больного, что соответственно, может влиять на эффективность и прогноз заболевания, а необходимость поиска новых методов профилактики и лечения токсичности специального лечения по-прежнему остаётся актуальной проблемой терапии злокачественных новообразований.

## **ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ**

*А.И. Кокорко, Н.А. Шаназаров, Р.К. Жакупов, В.В. Великанов*

Медицинский университет, г. Астана, Казахстан  
Областная больница, г. Петропавловск, Казахстан  
Тюменский ООД

В настоящее время интенсивная терапия, анестезиология, реаниматология - это самостоятельная теоретическая и практическая наука,

решающая проблемы борьбы за жизнь людей, находящихся в крайне тяжелом, критическом состоянии, на грани жизни и смерти. Профессия анестезиолог-реаниматолог сравнительно молода, хотя имеет многовековую историю, так как две благородные идеи с древнейших времен владели умами людей: победить боль и воскресить внезапно умершего.

Влияет ли профессия врача на внутреннюю, психическую его жизнь? Возможны ли вообще изменения под влиянием профессии? Действительно ли, что личностные особенности человека влияют на характер осуществления им той или иной профессиональной деятельности? Хотелось бы попытаться ответить на эти вопросы именно потому, что, если влияние профессии неизбежно, необходимо знать особенности этого влияния и возможности построения определенных механизмов защиты, если это влияние негативно.

**Цель исследования:** выявить личностные особенности, являющиеся предрасполагающими к формированию синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов - реаниматологов.

**Методы исследования:**

1. Анализ теоретических исследований по проблеме профессиональной деформации личности и эмоционального выгорания.

2. Выявление степени представленности синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов.

**Материалы исследования:** исследование проводилось в отделениях анестезиологии и реанимации Городского онкологического диспансера г. Астана и Областной больницы г. Петропавловска. В исследовании приняли участие 24 врача анестезиолога - реаниматолога, проработавших в данной сфере от 5 до 20 лет.

**Теоретический анализ проблемы:** Термин "эмоциональное сгорание" введен американским психологом Х.Дж. Фрейденбергером в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально перегруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Выделяются три ключевых признака синдрома эмоционального выгорания. Первый признак – развитию синдрома эмоционального выгорания предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах, а затем наступает первый признак - истощение. Вторым признаком синдрома эмоционального выгорания является личностная отстраненность. В крайних проявлениях человека почти ничто не волнует из