

5. Levine A. J. p53, the cellular gatekeeper for growth and division. Cell. 1997;88:323–331. doi: 10.1016/S0092-8674(00)81871–1.

6. Smith, G. Mutations in APC, Kirsten-ras, and p53—Alternative genetic pathways to colorectal cancer. / G. Smith [et. al]. – Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 2002;99:9433. doi: 10.1073/pnas.122612899.

7. Vogelstein, B. Genetic alterations during colorectal-tumor development. / B. Vogelstein [et. al]. – N. Engl. J. Med. 1988;319:525–532. doi: 10.1056/NEJM198809013190901.

8. Liu Y., Bodmer W. F. Analysis of P53 mutations and their expression in 56 colorectal cancer cell lines. Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 2006;103:976–981. doi: 10.1073/pnas.0510146103.

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И КОПИНГ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

Карнелович М.М.¹, Козлова А.А.²

¹*Гродненский государственный университет им. Я.Купалы,*

²*Российский университет дружбы народов*

Актуальность. Сталкиваясь с онкологическим заболеванием, субъект попадает в обстоятельства, понимаемые в психологии как экстремально кризисные как субъективно, так и объективно. Ситуация тяжелой болезни, связанной с высокими рисками смертности ошарашивает человека внезапностью возникновения и постановки диагноза, наличием объективной угрозы сокращения сроков жизни, кардинальным изменением картины мира и себя в нем, невозможностью осуществлять больший или меньший контроль над обстоятельствами и происходящими событиями, стадиями болезни, неопределенностью на высоком уровне того, что будет в будущем, необходимостью приспособливаться и выполнять рекомендации врачей [1]. По специфике онкологического заболевания известны его признаки, характерные к общим, прилагаем к разным болезням. Это полиэтиологичность самого заболевания, риски оперативного вмешательства, приводящего к большей или меньшей мере инвалидности, протяженность лечения, растянувшаяся на месяцы и годы, тяжелые побочные следствия химиотерапии и операций, отсутствие со стороны медиков гарантий выздоровления в полной мере, необходимость кардинально менять стиль жизни, снижать активность в работе и иных сферах, чтобы проходить лечение. Эти следствия сказываются на социальной позиции в коллективе и статусе в социуме в целом, ухудшается материальный статус вследствие дорогостоящего лечения. В силу указанных признаков субъект строит специфическую картину своей жизненной ситуации и сопровождает ее особыми, тяжелыми по содержанию и интенсивности переживаниями, которые не характерны для иных жизненных ситуаций. Сама

специфика ситуации онкологического заболевания диктует диапазон и содержание переживаний пациента.

Каким образом субъект с онкологическим диагнозом борется с болезнью, адаптируется к новым обстоятельствам своей индивидуальной жизни, во много зависит от его индивидуальных черт личности и стиля поведения, в частности – индивидуальной жизнестойкости и выбираемых способов совладания и защитных механизмов.

Жизнестойкость (по С.Мадди) включает в себя две стороны или два компонента – психологический и активный, которые имеют мотивационный характер. Активная сторона включает в себя действия, специфичные по вектору на достижение цели. Деяния субъекта здесь будут направлены на преодоление как самой стрессовой ситуации, так и включать в себя также и постоянную заботу о своем здоровье [2]. Именно жизнестойкость, как мы полагаем, может обеспечивать необходимую мотивацию противостоять болезни. Для большинства людей характерными являются также психологические механизмы защиты вследствие определенного отношения к болезни как негативной, травмирующей ситуации.

Высокая актуальность проблемы жизнестойкости и совладающего поведения у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, высокая прикладная значимость результатов и рекомендаций обусловила проблемное поле нашей научной работы.

Цель. Определить связь жизнестойкости и копинг-стратегий у онкологических пациентов.

Базой исследования выступил Благотворительный фонд «Фонд борьбы с лейкемией» (Россия). В тестировании участвовали добровольцы с онкологическими заболеваниями в период ремиссии. Количество тестируемых – 101. Из них 51 женщина и 50 мужчин в возрасте от 30 до 45 лет. Данные собирались гугл-формой.

Методы исследования. Были применены опросник COPE; методика «Жизнестойкость»; методика «Индекс жизненного стиля». Методы статистической обработки: U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Выявлены некоторые закономерности того, как онкобольные справляются со своей пролонгированной травматичной ситуацией.

Доказано, что уровень жизнестойкости по параметру «вовлеченность» у онкобольных в средних значениях уступает уровням, характерным для выборок здоровых людей, приведенных Д. Леонтьевым в его данных по нормативным усредненным для российской выборочной совокупности. Показатели жизнестойкости у мужчин и женщин, имеющих онкозаболевания в ремиссии, относительно сходны, не обнаружено различий, статистически значимых.

В исследовании выявлено, что онкобольные отдают приоритет трем стратегиям – принятию ситуации и реальности, планированию и религиозному переосмыслению. Значит, онкобольные, находясь в ремиссии, стремятся быть реалистичными и реализовывать стратегию «принятия жизни как она есть» и

понимания уровня трудностей и рисков, которые у них есть на сегодняшний день, проблем, не склонны отрицать свои особенности самочувствия и состояния здоровья, склонны приспосабливаться к обстоятельствам, которые существуют в связи с заболеванием, пусть и в ремиссии.

Также онкобольные, находясь в ремиссии, стремятся осуществлять выстраивание траектории по решению проблем своей жизни в нынешних условиях и также смотрят в будущее, пытаются четко и планомерно идти по преодолению трудностей, связанных с обстоятельствами своей жизни. Также видна склонность онкобольных, находящихся в ремиссии, искать опору в религиозной культуре.

Стратегия «Обращение к религии» ориентирована на восприятие онкобольным своей болезни как испытание, данное свыше и требующее принятия и «нести свой крест», есть стремление перенести переживания в религиозную плоскость, опираясь на священные книги, участие в обрядах и традициях церкви. Данная стратегия несет для онкобольных психотерапевтическую функцию, помогает принять свою болезнь и переосмыслить ее в религиозном ключе. Вероятно, обращение к религиозной культуре помогает пациентам с онкологическим заболеванием принимать ситуацию, которая сложилась в их жизни, более осмысленно, беречь эмоции для совладания с болезнью, не растрчивать физические силы на эмоциональное отреагирование и поиск виновных.

Проведено сравнение пациентов (в ремиссии) мужчин и женщин, нахождения у них одинаковых или разных по своей сущности защит, стратегий, помогающих или не способствующих жизнестойкости. У онкобольных женщин замещение и реактивное образование как защиты, а также компенсация выше, чем у мужчин-онкобольных. Выявлены достоверные различия между мужчинами и женщинами, онкобольными в ремиссии, по индексу защиты «интеллектуализация», которая проявляется у мужчин выше, чем у женщин. Есть тенденция различий между мужчинами и женщинами, являющимися онкобольными в ремиссии, по стратегии копинга, поименованной «обращение к религии», к которой чаще мужчин прибегают женщины, имеющие онкологический диагноз.

Результаты исследования могут учитываться при определении направлений организации работы по организации видов активности пациентов в ремиссии и психологических направлений психокоррекции и психотерапии, если установлено использование онкобольным неадекватных трудной жизненной ситуации (болезнь) способов защит и стратегий совладания с обстоятельствами, сопровождающими болезнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карнелович, М. М. Совладание с пандемическим стрессом и психопатологические симптомы у жителей Республики Беларусь / М. М. Карнелович, Е. В. Савушкина // Веснік Гродзенскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя Янкі Купалы. Сер. 3, Філалогія. Педагогіка. Псіхалогія. – 2022. – Т. 12. – № 3. – С. 130–139.

2. Леонтьев, Д. А. Тест жизнестойкости / Д. А. Леоньев, Е. И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 245 с.

АССОЦИАЦИЯ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

Карнович Ю.Л.¹, Пронько Т.П.¹, Петрашевич А.В.², Гулько О.В.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет,*

²*Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации*

Актуальность. Вегетативная нервная система играет важную роль в адаптивных изменениях чувствительности сердца и сосудов к внутренним и внешним воздействиям. Вариабельность сердечного ритма (ВСР) является валидизированным показателем для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Анализ ВСР высокоэффективен в выявлении пациентов группы риска по сердечно-сосудистой патологии. Также установлено, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) встречаются чаще при симпатикотонии и снижении уровня адаптации [1].

Взаимодействие регуляторных систем с сердцем реализуется через различные механизмы, в том числе путем изменения активности механорецепторов кровеносных сосудов. Механорецепторы реагируют не только на величины среднего артериального и венозного давления, кровенаполнения, другие механические характеристики сосудов, но и на скорость и амплитуду их пульсовых изменений. Информация, поступающая с механорецепторов, обрабатывается в центрах вегетативной регуляции и используется для образования посылаемых к сердцу управляющих сигналов. Перестройка механорецепторов и возможная их дальнейшая дисфункция может быть связана с АГ и атеросклеротическим процессом [2].

Жесткость сосудистой стенки – это интегральный показатель, определяемый структурными элементами сосудистой стенки, давлением крови, регуляторными механизмами. Опубликованные исследования и медицинские рекомендации, касающиеся жесткости артерий, охватывающие более 30 лет, продемонстрировали, что артериальная жесткость является независимым фактором риска будущих сердечно-сосудистых и почечных событий [3].

Особый интерес представляет изучение ассоциации между вегетативной дисфункцией и повышенной жесткостью артерий у пациентов с синдромом гипермобильности суставов (СГМС), поскольку изменения гемодинамики, обусловленные морфологическими изменениями сосудов и сердца, формируются уже в подростковом возрасте и со временем могут приводить к развитию ССЗ [4].

Цель. Исследовать ассоциации между параметрами жесткости артерий и параметрами ВСР у пациентов с СГМС.