

Психологический дистресс у онкологических больных после ларингэктомии

Г.А. Ткаченко¹, С.О. Подвизников², А.М. Мудунов¹, О.А. Обухова¹, А.А. Ахундов,
М.М. Хуламханова³, Е.И. Скворцова⁴

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России;
Россия, 115478 Москва, Каширское шос., 24;

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России;
Россия, 125993 Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1;

³ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России;
Россия, 127473 Москва, ул. Десятская, 20, стр. 1;

⁴ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России;
Россия, 119991 Москва, ул. Большая Пироговская, 2, стр. 4

Контакты: Галина Андреевна Ткаченко mitg71@mail.ru

Цель исследования – изучить психическое состояние больных раком гортани после ларингэктомии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 38 больных на различных этапах лечения рака гортани. Для оценки психического состояния использована госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

Результаты. До операции психическое состояние больных в целом статистически значимо не отличалось от условно-нормативных показателей (представленных в научной литературе), хотя и наблюдалось незначительное повышение оценки по шкалам депрессивности и тревожности, а также индекса тяжести дистресса. После операции у всех больных оценка повышалась по всем шкалам, но статистически значимое повышение зарегистрировано только по шкалам тревожности, депрессивности, соматизации, враждебности, межличностной чувствительности. Через 6 мес после ларингэктомии у пациентов выявлен высокий уровень дистресса; средняя оценка тревоги снижается по сравнению с послеоперационным уровнем, хотя и остается по-прежнему высокой относительно дооперационного уровня и нормативных показателей. Отмечается статистически значимое повышение оценки по шкалам депрессивности и межличностной чувствительности.

Заключение. Эти данные свидетельствуют о необходимости создания специальных программ психологической реабилитации больных раком гортани, направленных на обучение их методам самостоятельной регуляции психического состояния с целью повышения их стрессоустойчивости.

Ключевые слова: психологический дистресс, рак гортани, ларингэктомия, тревога, депрессия

Для цитирования: Ткаченко Г.А., Подвизников С.О., Мудунов А.М. и др. Психологический дистресс у онкологических больных после ларингэктомии. Опухоли головы и шеи 2019;9(1):104–10.

DOI: 10.17650/2222-1468-2019-9-1-104-110

Psychological distress in cancer patients after laryngectomy

G.A. Tkachenko¹, S.O. Podvyaznikov², A.M. Mudunov¹, O.A. Obukhova¹, A.A. Akhundov, M.M. Khulamkhanova³, E.I. Skvortsova⁴

¹N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of Russia;
24 Kashirskoe Shosse, Moscow 115478, Russia;

²Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia;
Bld. 1, 2/1 BARRIKADNAYA St., Moscow 125993, Russia;

³A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health of Russia;
Bldg. 1, 20 DeLEGATSKAYA St., Moscow 127473, Russia;

⁴I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia;
Build. 4, 2 Bol'shaya PITOGOVSKAYA St., Moscow 2119991, Russia

The study objective is to analyze mental state of patients with laryngeal cancer after laryngectomy.

Materials and methods. The study included 38 patients at various stages of laryngeal cancer treatment. To assess mental state, we used the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R).

Results. In general, preoperative mental state of study participants was close to that in healthy individuals (described in literature), although there was a slight increase in their levels of depression and anxiety and higher distress severity indices. Six months after laryngectomy, a high level of distress was found; all patients had higher scores in all primary symptom dimensions; however, a significant increase was registered

only for anxiety, depression, somatization, hostility, and interpersonal sensitivity. Six months postoperatively, mean anxiety score reduced, but was still higher than preoperative one and normal one. There was a significant increase in depression score and interpersonal sensitivity score. **Conclusion.** Our findings suggest the need for special programs of psychological rehabilitation for patients with laryngeal cancer to teach them the skills needed for self-regulation of mental state in order to increase their stress resistance.

Key words: psychological distress, laryngeal cancer, laryngectomy, anxiety, depression

For citation: Tkachenko G.A., Podvyaznikov S.O., Mudunov A.M. et al. Psychological distress in cancer patients after laryngectomy. *Opukholi golovy i shei = Head and Neck Tumors* 2019;9(1):104–10.

Введение

В структуре злокачественных новообразований области головы и шеи значительную долю составляет рак гортани. При лечении этой патологии в большинстве случаев выполняется хирургическое вмешательство – ларингэктомия.

Оправданная с онкологических позиций операция приводит к косметическим изменениям внешности больного, нарушению функций дыхания, слюноотделения, глотания, жевания, речи, что, несомненно, отражается на психике больного, порождая тяжелые психологические проблемы – различной степени тяжести расстройства эмоциональной сферы [1–5].

Нарушение голосообразующей функции обуславливает коммуникативную изоляцию человека, соматизацию, развитие тревожно-депрессивных состояний, посттравматического стрессового расстройства в отдаленном периоде и, как следствие, инвалидизацию [6–8].

Потеря голоса, изменения внешности и функциональные ограничения являются основными угрозами для восприятия собственного образа и личностной идентичности человека [9].

Ларингэктомия может вызывать краткосрочные или долгосрочные проблемы адаптации и приспособления к окружающему миру [10].

Если после хирургического лечения эмоциональное состояние больного мешает адаптации к новым условиям функционирования и жизнедеятельности организма, ухудшает качество его жизни, влияя на физическое и материальное благополучие, на взаимоотношения с другими людьми (с коллегами, родственниками), на социальную активность, личностный (карьерный) рост, отдых, – у пациентов сохраняется высокий уровень хронического эмоционального стресса. В ответ на него развиваются психоэмоциональные расстройства, или, по терминологии Г. Селье (1979), психологический дистресс (от греч. dys – приставка, означающая расстройство + англ. stress – напряжение) [11]. Он проявляется тревогой, депрессией, изменением эмоциональных реакций и межличностных отношений, социальной изоляцией [3, 4, 12, 13].

По данным N. Blanco-Piñero и соавт., даже через 5 лет после ларингэктомии более чем у половины больных (57,4 %) был выявлен достоверно более высокий

уровень дистресса [2]. В связи с этим ряд авторов обсуждает необходимость психотерапии дистресса у больных после лечения злокачественных опухолей головы и шеи [3, 13, 14].

Таким образом, представляется актуальным изучение психического состояния больных раком гортани после ларингэктомии.

Цель исследования – оценка психического состояния больных раком гортани до и после ларингэктомии.

Материалы и методы

В исследование включены 36 больных мужского пола в возрасте от 45 до 62 лет с морфологически верифицированным раком гортани II–IV (T3–4N0–2M0) стадий, находившихся на лечении в отделении опухолей головы и шеи Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина.

Больные были информированы о предстоящем объеме оперативного вмешательства, и у них было получено добровольное согласие на операцию и участие в данном исследовании. В послеоперационном периоде проводились химиотерапия, лучевая терапия по общим принципам в различных сочетаниях в зависимости от локализации и стадии болезни.

Психическое состояние больных раком гортани оценивали в динамике: на 1-м этапе – до операции, на 2-м этапе – после операции, на 3-м этапе – через 6 мес после полного завершения лечения.

В ходе исследования после 2-го этапа были исключены 3 пациента: 1 – в связи с изменением объема оперативного вмешательства, 2 – в связи с возникновением осложнений хирургического лечения, что увеличило срок госпитализации и существенно отразилось на психическом состоянии.

Клинико-психологическое исследование включало применение госпитальной шкалы тревоги и депрессии и опросника выраженности психопатологической симптоматики.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety And Depression Scale, HADS) разработана A.S. Zigmond и R.P. Snaith в 1983 г. для выявления и оценки тяжести тревоги и депрессии в условиях общемедицинской практики [15] и адаптирована для использования в отечественной популяции М.Ю. Дробизевым в 1993 г.

Шкала проста в применении и обработке, обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении этих эмоциональных состояний. Из шкалы исключены симптомы тревоги и депрессии, которые могут быть интерпретированы как проявления соматического заболевания (например, головокружение, головные боли и др.). Шкала состоит из 14 утверждений, обслуживающих 2 субшкалы: «тревога» и «депрессия». Пункты субшкалы тревоги составлены в соответствии с принципами стандартизованного клинического интервью (present state examination) и личным клиническим опытом авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги. Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства.

Методика применения была следующей: бланк шкалы, сопровождающийся подробной инструкцией, выдавался пациенту для самостоятельного заполнения. Каждому из 14 утверждений соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой шкале, при этом выделяется 3 области его значений:

0–7 — норма (отсутствие достоверно определяемых выраженных симптомов тревоги и депрессии),

8–10 — субклинически выраженная тревога или депрессия,

≥11 — клинически выраженная тревога и депрессия.

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90 Revised, SCL-90-R) адаптирован и валидирован в лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса Института психологии РАН [16]. Опросник состоит из 90 утверждений, отражающих наличие как соматических, так и психологических проблем [17] по 9 основным субшкалам:

1. Тревожность — высокий уровень манифестирующей тревожности, соотносящийся с проявлениями нервозности, напряжения, дрожи, приступами паники, ощущением насилия, опасениями и страхом.

2. Депрессивность — совокупность таких проявлений депрессии, как отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации, потеря жизненной энергии, чувство безнадежности, мысли о суициде и т. д.

3. Соматизация — дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции; компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли, общий мышечный дискомфорт и в дополнение — соматические эквиваленты тревожности.

4. Обсессивность-компульсивность — мысли, импульсы и действия, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые.

5. Межличностная сензитивность — самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, а также негативные ожидания относительно любых коммуникаций с другими людьми.

6. Враждебность — мысли, чувства или действия, в которых проявляется негативное аффективное состояние (злость, агрессия, раздражительность, гнев и негодование).

7. Фобическая тревожность — стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу и ведет к избегающему поведению.

8. Паранойяльность — подозрительность, страх потери независимости, напыщенность, враждебность.

9. Психотизм — избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни.

Методика применения была следующей: опросник выдавали пациентам для заполнения с просьбой оценить по 9 субшкалам степень своего дискомфорта в течение последней недели по 5-балльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем не беспокоит», а 4 — «очень сильно беспокоит». Оценка и интерпретация результатов проводилась как по отдельным субшкалам, так и по интегральному показателю — общему индексу тяжести дистресса (GSI). Так как GSI включает информацию о количестве симптомов и их выраженности, он является наиболее информативным показателем, отражающим уровень дистресса.

Математико-статистическая обработка данных осуществлялась с применением пакета программ Statistica 10.0 и включала анализ значимости различий показателей для несвязанных выборок по критерию Манна–Уитни.

Результаты и обсуждение

До операции по HADS было выявлено повышение уровня тревоги и депрессии (табл. 1).

Полученные результаты можно охарактеризовать как ситуативно-обусловленное состояние, в основе которого лежит психогенный стресс, связанный со страхом предстоящей операции, ведущей к функциональным нарушениям, о которых больные были информированы.

Текущее психическое состояние пациентов до операции оценивали путем сопоставления полученных результатов (табл. 2) по шкалам опросника SCL-90-R с условно-нормативными данными [12].

Психическое состояние больных до операции в целом статистически не отличается от имеющихся в литературе условно-нормативных показателей, хотя и наблюдается незначительное повышение

Таблица 1. Уровень тревоги и депрессии у пациентов с раком гортани, оцененный с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии, $M \pm SD$
Table 1. Levels of anxiety and depression in patients with laryngeal cancer (assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale), $M \pm SD$

Субшкала Subscale	I этап (до операции) Stage I (preoperative)	II этап (после операции) Stage II (postoperative)	III этап (через 6 мес) Stage III (6 months postoperatively)
Тревога Anxiety	8,6 ± 0,5	9,8 ± 0,3*	9,2 ± 0,7
Депрессия Depression	7,4 ± 0,6	10,2 ± 0,7*	10,3 ± 0,8**

*Различия между показателями на I и II этапах исследования статистически значимы ($p < 0,05$).

**Различия между показателями на I и III этапах исследования статистически значимы ($p < 0,05$).

*Significant differences between stages I and II ($p < 0.05$).

**Significant differences between stages I and III ($p < 0.05$).

Таблица 2. Показатели психологического состояния пациентов с раком гортани до операции по данным опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, $M \pm SD$

Table 2. Preoperative mental state of patients with laryngeal cancer assessed using the Symptom Check List-90 Revised, $M \pm SD$

Субшкала Subscale	I этап Больные ($n = 36$) Stage I Patients ($n = 36$)	Нормативные данные ($n = 1466$)* Healthy individuals ($n = 1466$)*	Статистическая значимость p^{**} Statistical significance p^{**}
Соматизация Somatization	0,71 ± 0,27	0,69 ± 0,65	>0,05
Обсессивность-компульсивность Obsessive-compulsive	0,77 ± 0,40	0,76 ± 0,60	>0,05
Межличностная сензитивность Interpersonal sensitivity	0,76 ± 0,48	0,83 ± 0,63	>0,05
Депрессивность Depression	0,80 ± 0,24	0,68 ± 0,59	>0,05
Тревожность Anxiety	0,86 ± 0,20	0,62 ± 0,62	>0,05
Враждебность Hostility	0,68 ± 0,42	0,71 ± 0,65	>0,05
Фобическая тревожность Phobic anxiety	0,34 ± 0,28	0,35 ± 0,49	>0,05
Паранойяльность Paranoid ideation	0,65 ± 0,26	0,67 ± 0,58	>0,05
Психотизм Psychoticism	0,46 ± 0,42	0,42 ± 0,48	>0,05
Общий индекс тяжести дистресса Global severity index	0,72 ± 0,28	0,64 ± 0,50	>0,05

*Условно-нормативные данные получены в процессе валидации опросника SCL-90-R [12].

**При сопоставлении средних значений обследованной выборки с нормативными данными с учетом стандартных отклонений.

*Normal values were obtained during validation of the SCL-90-R questionnaire [12].

**When comparing mean values in the examined patients with normal values considering standard deviations.

по субшкалам депрессивности и тревожности, а также индекса тяжести дистресса (табл. 2).

После операции психическое состояние пациентов оценивали путем сопоставления результатов, полученных до и после операции по субшкалам

опросника SCL-90-R. Как видно из табл. 3, состояние больных изменилось после операции. Оценка по всем субшкалам повысилась, но статистически значимое увеличение произошло по субшкалам тревожности, депрессивности, соматизации, враждебности,

Таблица 3. Показатели психологического состояния пациентов с раком гортани до операции и после нее по данным опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, $M \pm SD$

Table 3. Preoperative and postoperative mental state of patients with laryngeal cancer assessed using the Symptom Check List-90 Revised, $M \pm SD$

Субшкала Subscale	I этап (до операции) Stage I (preoperative)	II этап (после операции) Stage II (postoperative)	Статистическая значимость p^* Statistical significance p^*
Соматизация Somatization	0,71 \pm 0,27	1,28 \pm 0,16	<0,05
Обсессивность-компульсивность Obsessive-compulsive	0,77 \pm 0,40	0,89 \pm 0,45	>0,05
Межличностная сензитивность Interpersonal sensitivity	0,76 \pm 0,48	2,46 \pm 0,42	<0,05
Депрессивность Depression	0,80 \pm 0,24	1,86 \pm 0,50	<0,05
Тревожность Anxiety	0,86 \pm 0,20	1,44 \pm 0,34	<0,05
Враждебность Hostility	0,68 \pm 0,42	1,76 \pm 0,47	<0,05
Фобическая тревожность Phobic anxiety	0,34 \pm 0,28	0,98 \pm 0,44	>0,05
Паранойяльность Paranoid ideation	0,65 \pm 0,26	0,80 \pm 0,36	>0,05
Психотизм Psychoticism	0,46 \pm 0,42	0,78 \pm 0,12	>0,05
Общий индекс тяжести дистресса Global severity index	0,72 \pm 0,28	1,92 \pm 0,26	<0,05

*При сопоставлении средних значений обследованной выборки до и после операции с учетом стандартных отклонений.

*When comparing mean preoperative and postoperative values in patients examined considering standard deviations.

межличностной сензитивности. Эти результаты совпадают с оценкой по шкале HADS, по которой также статистически значимо повысился уровень тревоги и депрессии (см. табл. 1).

Высокие показатели соматизации, тревожности, депрессивности у больных свидетельствуют о наличии у них психологического дистресса.

Высокий показатель межличностной сензитивности отражает нарушение восприятия собственного образа и личностной идентичности, трудности в межличностном общении. Проблемы, связанные с нарушением коммуникации, вызывают агрессию, раздражительность и даже гнев по отношению к другим людям, особенно близким. Соответственно, в табл. 3 мы наблюдаем статистически значимое повышение показателя враждебности.

По данным опросника SCL-90-R через 6 мес после завершения лечения у больных диагностирована высокая выраженность психопатологической симптоматики: индекс тяжести дистресса статистически значимо превышает условно-нормативные показатели, что свидетельствует о стойком эмоциональном напряжении.

Из 10 клинических субшкал, представленных в опроснике, статистически значимое превышение

условно-нормативных показателей зарегистрировано по субшкалам депрессивности, межличностной сензитивности (табл. 4).

Из 90 жалоб и проблем, представленных в опроснике SCL-90-R, больных в большей степени беспокоят следующие проблемы (отмеченные как «очень сильные»): «ощущение, что другие не понимают вас или не сочувствуют вам», «ощущение, что вы хуже других», «ощущение собственной никчемности», «отсутствие интереса к чему бы то ни было».

По результатам, представленным в табл. 1, видно, что через 6 мес после полного завершения лечения уровень тревоги по шкале HADS снижается по сравнению с послеоперационным этапом, хотя и остается по-прежнему высоким относительно дооперационного этапа и нормы. При этом отмечается незначительное увеличение уровня депрессии по сравнению с послеоперационным этапом и достоверные различия между I и III этапами исследования (с $7,4 \pm 0,6$ до $10,3 \pm 0,8$ балла соответственно).

Заключение

Через 6 мес после завершения лечения у больных, перенесших ларингэктомию, выявляются высокие

Таблица 4. Показатели психологического состояния больных с раком гортани через 6 мес после операции по данным опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, $M \pm SD$

Table 4. Mental state of patients with laryngeal cancer 6 months postoperatively assessed using the Symptom Check List-90 Revised, $M \pm SD$

Субшкала Subscale	III этап Больные ($n = 33$) Stage III Patients ($n = 33$)	Нормативные данные ($n = 1466$) Healthy individuals ($n = 1466$)	Статистическая значимость p^* Statistical significance p^*
Соматизация Somatization	$0,86 \pm 0,45$	$0,69 \pm 0,65$	$>0,05$
Обсессивность-компульсивность Obsessive-compulsive	$0,96 \pm 0,37$	$0,76 \pm 0,60$	$>0,05$
Межличностная сензитивность Interpersonal sensitivity	$1,89 \pm 0,35$	$0,83 \pm 0,63$	$<0,05$
Депрессивность Depression	$1,67 \pm 0,31$	$0,68 \pm 0,59$	$<0,05$
Тревожность Anxiety	$1,22 \pm 0,48$	$0,62 \pm 0,62$	$>0,05$
Враждебность Hostility	$0,94 \pm 0,68$	$0,71 \pm 0,65$	$>0,05$
Фобическая тревожность Phobic anxiety	$0,65 \pm 0,46$	$0,35 \pm 0,49$	$>0,05$
Паранойяльность Paranoid ideation	$0,72 \pm 0,41$	$0,67 \pm 0,58$	$>0,05$
Психотизм Psychoticism	$0,62 \pm 0,34$	$0,42 \pm 0,48$	$>0,05$
Общий индекс тяжести дистресса Global severity index	$1,96 \pm 0,48$	$0,64 \pm 0,50$	$<0,05$

*При сопоставлении средних значений обследованной выборки с нормативными данными с учетом стандартных отклонений.

*When comparing mean values in the examined patients with normal values considering standard deviations.

показатели уровня дистресса, тревоги и депрессии, а также нарушение социального функционирования.

Эти данные свидетельствуют о необходимости создания специальных программ психологической

реабилитации больных, направленных на снижение уровня тревоги и депрессии, обучение пациентов методам саморегуляции с целью повышения их стрессоустойчивости.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Pereira da Silva A., Feliciano T., Vaz Freitas S. et al. Quality of life in patients submitted to total laryngectomy. *J Voice* 2015;29(3):382–8. DOI: 10.1016/j.jvoice.2014.09.002.
- Blanco-Piñero N., Antequera-Jurado R., Rodríguez-Franco L. et al. Emotional and psychopathological disorders in laryngectomized oncological patients. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2015;66(4):210–7. DOI: 10.1016/j.otorri.2014.09.006.
- Meyer A., Keszte J., Wollbrück D. et al. Psychological distress and need for psycho-oncological support in spouses of total laryngectomized cancer patients—results for the first 3 years after surgery. *Support Care Cancer* 2015;23(5):1331–9. DOI: 10.1007/s00520-014-2485-8.
- Perry A., Casey E., Cotton S. Quality of life after total laryngectomy: functioning, psychological well-being and self-efficacy. *Int J Lang Commun Disord* 2015;50(4):467–75. DOI: 10.1111/1460-6984.12148.
- Русина Н.А., Моисеева К.С. Клинико-психологическое исследование пациентов, страдающих раком гортани. *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология»* 2013;6(1):82–9. [Rusina N.A. Moiseeva K.S. Clinical and psychological study of patients suffering from laryngeal cancer. *Bulletin of the SUSU. Series "Psychology"* 2013;6(1):82–9. (In Russ.)].
- Кожанов А.Л. Современные аспекты лечения и реабилитации больных при раке гортани. *Опухоли головы и шеи* 2016;2(6):17–25. [Kozhanov A.L. Current aspects of treatment and rehabilitation of patients with pharyngeal cancer. *Opuholi golovy i shei = Head and Neck Tumors* 2016;2(6):17–25. (In Russ.)]. DOI: 10.17650/2222-1468-2016-6-2-17-24.
- Чижевская С.Ю., Чойнзонов Е.Л., Балатская Л.Н. Качество жизни больных раком гортани и гортаноглотки на этапах комбинированного лечения и в отдаленные сроки. *Сибирский онкологический журнал* 2015;(2):15–22. [Chizhevskaya S.Yu., Choynzonov E.L., Balatskaya L.N. Quality of life of patients with laryngeal and laryngeal cancer at the stages of combined treatment and in the long term. *Sibirsky onkologicheskyy zhurnal = Siberian Cancer Journal* 2015;(2):15–22. (In Russ.)].
- Moschopoulou E. Hutchison I, Bhui K. Korszun A. Post-traumatic stress in head

- and neck cancer survivors and their partners. *Support Care Cancer* 2018;26(9):3003–11. DOI: 10.1007/s00520-018-4146-9.
9. Elmihyeh B. Surgical voice restoration after total laryngectomy: an overview. *Indian J Cancer* 2010;47(3):239–47.
 10. Уклонская Д.В., Хорошкова Ю.М. Психологические особенности лиц с удаленной гортанью как фактор успешности реабилитации речевой функции. *Современные проблемы науки и образования* 2016;(3). Доступно по: <https://science-education.ru/ra/article/view?id=24783>. [Uklonskaya D.V., Gorshkova Yu.M. Psychological characteristics of persons with a remote larynx as a factor of success of rehabilitation of speech function. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* 2016;(3). Available at: <https://science-education.ru/ra/article/view?id=24783>. (In Russ.)].
 11. Грушина Т.И., Ткаченко Г.А. Психологический дистресс у больных раком молочной железы после различных видов противоопухолевого лечения. *Опухоли женской репродуктивной системы* 2016;(1):56–62. [Grushina T.I., Tkachenko G.A. Psychological distress in patients with breast cancer after various types of antitumor treatment. *Opuholi zhenskoy reproductivnoy sistemy* = Tumors of the Female Reproductive System 2016;(1):56–62. (In Russ.)].
 12. Danker H., Wollbrück D., Singer S. et al. Social withdrawal after laryngectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010;593–600. DOI: 10.1007/s00405-009-1087-4.
 13. Ткаченко Г.А. Психологическое сопровождение больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области. *Вестник психотерапии* 2014;51(56):58–68. [Tkachenko G.A. Psychological support of patients suffering from malignant neoplasms of the maxillofacial region. *Vestnik psikhoterapii* = Bulletin of Psychotherapy 2014;51(56):58–68. (In Russ.)].
 14. Williams C. Psychosocial Distress and Distress Screening in Multidisciplinary Head and Neck Cancer Treatment. *Otolaryngol Clin North Am* 2017;50(4):807–23. DOI: 10.1016/j.otc.2017.04.002.
 15. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70.
 16. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-Центр, 2007. 208 с. [Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Bykhovets Yu., Kalmykova E.S. et al. Practical guide to the psychology of post-traumatic stress. Part 1. Theory and methods. Moscow: Cogito Center, 2007. 208 p. (In Russ.)].
 17. Шаталова Н.Е. Психопатологическая симптоматика и ее роль в рецидиве онкологического заболевания (на примере больных раком молочной железы). В кн.: Журавлев А.Л., Кольцова В.А. Развитие психологии в системе комплексного человекознания. Ч. 2. М.: Институт психологии РАН, 2012. 696 с. [Shatalova N.E. Psychopathological symptoms and its role in the recurrence of cancer (for example, patients with breast cancer). In: Zhuravlev A.L., Koltsova V.A. Development of psychology in the system of complex studies of human nature. Part 2. Moscow: Institute of Psychology RAS, 2012. 696 p. (In Russ.)].

Вклад авторов

Г.А. Ткаченко: разработка дизайна исследования, проведение исследования, анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи, написание текста статьи;

С.О. Подвязников: написание текста статьи, научная консультация, научное редактирование текста статьи;

А.М. Мудунов: проведение оперативных вмешательств, научная консультация, научное редактирование текста статьи;

О.А. Обухова: научная консультация;

А.А. Ахундов: проведение оперативных вмешательств, научная консультация, научное редактирование текста статьи;

М.М. Хуламханова: обзор публикаций по теме статьи, курация пациентов;

Е.И. Скворцова: обзор публикаций по теме статьи.

Authors' contributions

G.A. Tkachenko: developing the research design, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, reviewing of publications of the article's theme, article writing;

S.O. Podvyaznikov: article writing, scientific consulting, scientific editing of the article;

A.M. Mudunov: surgical treatment, scientific consulting, scientific editing of the article;

O.A. Obukhova: scientific consulting;

A.A. Akhundov: surgical treatment, scientific consulting, scientific editing of the article;

M.M. Khulamkhanova: reviewing of publications of the article's theme, surveillance;

E.I. Skvortsova: reviewing of publications of the article's theme.

ORCID авторов/ORCID of authors

Г.А. Ткаченко/G.A. Tkachenko: <https://orcid.org/0000-0002-5793-7529>

С.О. Подвязников/S.O. Podvyaznikov: <https://orcid.org/0000-0003-1341-0765>

А.М. Мудунов/A.M. Mudunov: <https://orcid.org/0000-0002-0918-3857>

О.А. Обухова/O.A. Obukhova: <https://orcid.org/0000-0003-0197-7721>

А.А. Ахундов/A.A. Akhundov: <https://orcid.org/0000-0002-9543-990X>

М.М. Хуламханова/M.M. Khulamkhanova: <https://orcid.org/0000-0003-4699-8673>

Е.И. Скворцова/E.I. Skvortsova: <https://orcid.org/0000-0001-9306-7818>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Информированное согласие. Пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании и публикацию своих данных.

Informed consent. All patients gave written informed consent to participate in the study and for the publication of their data.

Статья поступила: 12.01.2019. **Принята к публикации:** 18.02.2019.

Article received: 12.01.2019. **Accepted for publication:** 18.02.2019.