

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ОТКАЗОМ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**А.И. Кузнецова^{1,2}, Я.Н. Пахомова^{2,4}, Д.А. Циринг^{2,3}, А.В. Важенин¹,
И.В. Пономарева^{2,3,4}, М.Н. МIRONЧЕНКО^{1,2}, М.А. Демчук^{2,3,4},
Ю.О. Гладков^{2,3,4}, Т.С. Новикова¹**

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, 454092, Россия, Челябинск, ул. Воровского, 64.

² Национальный исследовательский Томский государственный университет Минобрнауки России, 634050, Россия, Томск, пр. Ленина, 36.

³ Уральский филиал Финансового университета при Правительстве Российской Федерации Минобрнауки России, 454084, Россия, Челябинск, ул. Работниц, 58.

⁴ Челябинский государственный университет Минобрнауки России, 454001, Россия, Челябинск, ул. Братьев Кашириных, 129.

Контакты: Кузнецова Анна Игоревна, ann_rad@mail.ru

Реферат

Проведен анализ клинического наблюдения психологических особенностей женщины с диагнозом рак молочной железы, которая отказалась от части предложенной терапии, и не имела противопоказаний для начала специального лечения.

Пациентка Ю.Ф., 1953 г.р., диагноз: рак правой молочной железы T₁N_xM₀ ЭР(95 %), ПР(15 %), Her2neu(0), Ki67 (5 %), отказалась по личным причинам от предложенного на первом этапе хирургического лечения, в связи с чем назначен курс гормонотерапии, курс дистанционной лучевой терапии по радикальной программе. При оценке психологического профиля пациентки, полученные данные демонстрируют наличие парадоксальной гиперзащиты. Ее психологический профиль схож с психологическими особенностями женщин, больных раком молочной железы, течение болезни которых окончилось летальным исходом. В исследовании, проведенном в 2021 г. (проект №19-18-00426), получены данные о женщинах с негативным исходом заболевания (смерть), которые были убеждены в собственной удачливости и в возможности контроля происходящего, использовали широкий спектр стратегий совладания, были более жизнестойки, оптимистичны и имели выраженную интернальность по сравнению с женщинами, у которых заболевание перешло в стойкую ремиссию.

Ключевые слова: рак молочной железы, отказ от лечения, психологический профиль, интернальность, стратегии совладания

Для цитирования: Кузнецова А.И., Пахомова Я.Н., Циринг Д.А., Важенин А.В., Пономарева И.В., МIRONЧЕНКО М.Н., Демчук М.А., Гладков Ю.О., Новикова Т.С. Клиническое наблюдение: оценка факторов, связанных с отказом или прекращением лечения у больных раком молочной железы. Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия. 2023;6(1):80-87.

DOI: 10.37174/2587-7593-2023-6-1-80-87

Введение

Согласно клиническим рекомендациям Минздрава России радикальное лечение рака молочной железы состоит из 4 этапов: 1) хирургический, 2) лекарственный, 3) радиотерапевтический и 4) реабилитационный

[1]. Как правило, все периоды лечения сопровождаются временным или постоянным изменением функциональной активности, связанных в первую очередь с травматизацией после хирургического лечения, общими токсическими реакциями (слабость, тошнота, рвота, выпадение волос, плохой аппетит)

после циклов химиотерапии, локальными лучевыми реакциями после проведения дистанционной лучевой терапии [2]. Тяжесть проявлений побочных эффектов терапии, в сочетании с психологическими особенностями личности пациента, могут обусловить отказ от лечения и его полное прекращение по инициативе больного, и могут привести к быстрому ухудшению состояния, неприятным физическим симптомам, быстрому прогрессированию и метастазированию злокачественного образования молочной железы, снижению продолжительности жизни [3].

Отказ от лечения относится к пациентам, отказывающимся от стандартной терапии либо сразу, либо в течение четырех месяцев после получения рекомендаций по лечению [4]. По различным данным отечественных и зарубежных авторов, полный отказ или отказ от 1–2 компонентов радикальной программы лечения встречается в от 3,5 до 24,1 % случаев всех злокачественных новообразований в мире [3–6].

Отказ может быть связан с пожилым возрастом [3, 4], низким уровнем образования или слабой осведомленностью о современных малотравматичных методах лечения [3, 4], одиночеством, отсутствием близких людей, супруга [6], в том числе отсутствием поддержки со стороны близких родственников, негативный опыт лечения онкологических заболеваний у друзей, супруга, близких родственников [5], общее плохое физическое состояние пациента, низкая масса тела [3].

По данным ряда авторов, от 10 до 57 % пациентов со злокачественными новообразованиями прекращают запланированное лечение более чем через 3–4 мес [7–10].

В большинстве исследований изучены вопросы прекращения и отказа от лечения у пациентов с диагнозом рака молочной железы [4, 7–9], рака легких [3, 6], колоректального рака [5], рака головы и шеи [11] и рака предстательной железы [10]. Однако остается открытым вопрос психологических особенностей личности пациента с диагнозом злокачественного образования, которые могут повлиять на выбор пациента и стать причиной отказа от одного или нескольких этапов.

В данной работе представлены клинические случаи и психологический анализ предикторов у пациенток, которые обратились за медицинской помощью в медицинскую организацию третьего уровня, с впервые выявленным злокачественным новообразованием молочной железы. Больные были полностью обследованы и спланированы на специальные методы лечения в соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ, однако отказались полностью или от части этапов комплексного лечения.

Вся идентифицирующая информация о пациентах была удалена до анализа данных, в связи с чем необходимости в подписании информированного согласия не было. Клинические данные о пациентах были взяты из Медицинской информационной системы «БАРС» и регистра раковых заболеваний 2022 г. Диагноз злокачественного новообразования молочной железы был выставлен на основании МКБ-10 [12] и TNM 8. Таким образом, наличие злокачественного новообразования у пациенток не вызывало сомнений.

Материал и методы

В исследовании проведен анализ психологических особенностей женщин с диагнозом рак молочной железы, которые отказались от предложенного лечения или его некоторых этапов, и не имели противопоказаний для начала специального лечения. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 19-18-00426).

Описание клинического случая

Пациентка Ю.Ф., 1953 г.р., обратилась на прием онколога по месту прикрепления в 2022 г. с жалобами на уплотнение в правой молочной железе, уплотнение в правой подмышечной области, общую слабость.

Из анамнеза: впервые симптомы заболевания пациентка заметила за 2 мес до обращения к врачу, были обусловлены наличием дискомфорта и уплотнения в правой молочной железе.

Во время прохождения периодического медицинского осмотра у пациентки было заподозрено злокачественное новообразование (ЗНО) правой молочной железы. Рекомендовано обследование в медицинской организации по месту прикрепления. При дообследовании получены следующие данные:

Маммография молочных желез — неполная фиброзно-жировая инволюция молочных желез. Объемное образование правой молочной железы. По BI-RADS 4 — образование, подозрительное на ЗНО. Показана трепан-биопсия образования. УЗИ молочных желез и региональных путей лимфооттока — объемное образование правой молочной железы (подозрение на злокачественное новообразование), липомы левой молочной железы, подозрение на метастатическое поражение лимфатического узла справа. BI-RADS-4с.

Пациентке проведена чрескожная трепан-биопсия молочной железы, гистологическое заключение: низкодифференцированная (G3) инвазивная карцинома молочной железы неспецифического типа. Иммуногистохимическое исследование, заключение: экспрессия антигенов рецепторов к эстрогенам определяется в ядрах 90–95 % опухолевых клеток, экспрессия антигенов рецепторов к прогестерону определяется в ядрах 10–15 % опухолевых клеток, экспрессия антигенов C-erbB-2 (HER-2/neu) (0 баллов), Ki67 3–5 %.

Направлена на консультацию в ГАУЗ «Челябинской областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» к маммологу, дообследована. УЗИ правой молочной железы, описание: на 9 часах визуализируется округлое гипоехогенное образование с размытым неровным контуром, размерами 14×13 мм, вертикально ориентированное. Категория по BI-RADS 6. Гистологически подтвержденное ЗНО. Образования левой молочной железы (УЗ-признаки липом). Подмышечная лимфаденопатия с обеих сторон, справа подозрение на метастазы.

Рентгенография органов грудной клетки — возрастные изменения.

УЗИ органов брюшной полости — патологии не выявлено.

ОФЭКТ — очаговой патологии в костях скелета нет. Дегенеративно-дистрофические изменения грудного, поясничного отделов позвоночника.

Из сопутствующей патологии: гипертензивная гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности; хронический холецистит. Аллергоанамнез отрицателен (пенициллин — отек Квинке, анальгин — крапивница). Семейный анамнез: у матери — рак матки. Профессиональные вредности отрицает.

В соответствии с клинико-морфологическими данными диагноз злокачественного образования не вызывал сомнений. С целью определения тактики лечения проведен консилиум в составе онколога, радиотерапевта, химиотерапевта.

На основании решения консилиума был выставлен клинический диагноз: C50.4 Рак правой молочной железы T₁N_xM₀ ЭР(95 %), ПР(15 %), Her2neu(0), Ki67 (5 %). Подозрение на метастазы в подмышечные лимфатические узлы справа.

В соответствии с российскими клиническими рекомендациями пациентке предложена следующая тактика лечения:

- 1 этап: Хирургическое лечение в радикальном объеме (радикальная резекция молочной железы либо мастэктомия с подмышечной лимфаденэктомией);
- 2 этап: Курс послеоперационной лучевой терапии при органосохранном варианте хирургического лечения или подтверждении метастатического поражения подмышечных лимфатических узлов справа.

Пациентка от хирургического лечения категорически отказалась по личным причинам (подписан письменный отказ).

Учитывая отказ пациентки от хирургического варианта лечения, решением консилиума рекомендовано:

- 1) гормонотерапия анастрозолом и терапия бисфосфонатами 1 раз в 6 мес до про-

грессирования или непереносимости. При отрицательной динамике консультация радиотерапевта;

2) проведение трепан-биопсии подмышечного лимфатического узла справа, с целью исключения метастатического поражения (записана на прием для проведения трепан-биопсии);

3) курс лучевой терапии правой молочной железы по радикальной программе.

Пациентка была согласна и настроена на проведение лучевой терапии, гормонотерапии (прием анастрозола), терапии бисфосфонатами.

На запланированную трепан-биопсию подмышечных лимфатических узлов справа не явилась.

На приеме, во время беседы с лечащим врачом периодически ускользала от темы разговора, начинала говорить о своем прошлом, рассказывала о своей семье, бытовом насилии. На вопрос об уточнении причины отказа от хирургического лечения, пациентка дала повторный категорический отказ от проведения мастэктомии, выражала сомнения по поводу проведения лимфаденэктомии. Также выражала свое недовольство разъясненными ей объемами лучевой терапии и длительностью лучевой терапии. Не была согласна на КТ-топометрию. При вопросе, почему пациентка не явилась на трепан-биопсию, говорит, что не сложились обстоятельства. Учитывая настрой пациентки на консервативное лечение, проведен повторный консилиум: повторно рекомендовано выполнить трепан-биопсию аксиллярного лимфоузла с целью верификации диагноза. С учетом отказа пациентки от предложенного оперативного лечения, показано проведение радикального курса дистанционной гамма-терапии, гормонотерапии анастрозолом 1 мг в сут в течение 5 лет, бисфосфонатотерапия 1 раз в 6 мес.

В связи с согласием на проведение лучевой терапии, пациентка была госпитализирована, выполнено лучевое лечение в объеме неполного радикального конформного курса дистанционной лучевой терапии в 3 этапа на СТВ46 (над/подключичные лимфатиче-

ские узлы + подмышечные лимфатические узлы + область правой молочной железы) с РОД = 2 Гр до СОД = 43,2 Гр (за последний сеанс пролечено 4 поля из 6) за 22 фракции, из запланированных 35 фракций. Лечение перенесла удовлетворительно. Во время лечения возникли токсические явления — эпидермит 2 степени по RTOG, что соответствовало объему и подведенной дозе курса.

Лечение прервано по желанию пациентки, так как она считала, что нуждается в проведении перерыва. Зафиксирован устный отказ пациентки от продолжения лечения.

Учитывая сроки запланированного перерыва, пациентка явилась для продолжения радикального курса лучевой терапии с учетом ранее проведенного лечения СОД = 43,2 Гр.

За период госпитализации пациентка закончила курс дистанционной лучевой терапии до радикальной дозы локально на опухоль, молочную железу и пути лимфоотока. Лечение на линейном ускорителе с номинальной энергией фотонов 6 МэВ. Топометрическая подготовка, 3D-планирование, использование индивидуального фиксирующего устройства.

Оценка субъектных и личностных характеристик пациентки проводилась после завершения курса дистанционной лучевой терапии по методикам:

1. Шкала базисных убеждений (англ. World assumptions scale, сокр. WAS) разработана Ронни Янов Бульман, адаптирована без стандартизации О. Кравцовой, затем адаптирована и рестандартизирована М.А. Падун, А.В. Котельниковой. Данная шкала — это опросник, основанный на когнитивной концепции базовых убеждений личности. Основное предназначение методики — клинико-психологическая диагностика лиц, переживших психическую травму, предположительно находящихся в состоянии депрессии.
2. Опросник «Способы совладающего поведения» (адаптация Т.Л. Крюковой). Методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоле-

ния трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга.

3. Опросник субъективного контроля (адаптация Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкина, А.М. Эткинда) позволяет оценить сформированный у пациента с злокачественным новообразованием уровень субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями, в процессе лечения.
4. Опросник качества жизни (SF-36) — неспецифический опросник для оценки качества жизни пациента, широко используемый при проведении исследований качества жизни в США, Италии, Франции, Австралии. Методика дает возможность оценить субъективное восприятие физического, ментального здоровья.
5. Опросник «Субъективный возраст человека» (авторство Б. Барака, адаптация Е.А. Сергиенко). Методика направлена на изучение представлений о биопсихосоциальных ресурсах у пациентов с онкологическими заболеваниями, является предиктором смерти и депрессивных состояний.

Психологический профиль пациентки

Результаты психологической диагностики когнитивных убеждений пациентки свидетельствуют о ее позитивной оценке мира, оптимистичном восприятии окружающей действительности. Все значения базисных убеждений имеют высокие показатели. Пациентка убеждена, что мир вокруг нее доброжелателен, безопасен и ему можно доверять ($M = 36$), в нем действуют законы справедливости ($M = 27$). Отмечается убеждение о ценности и значимости собственного «Я» ($M = 35$), собственной удачливости ($M = 31$), убеждение о возможности контролировать происходящее ($M = 29$). Анализ средних значений когнитивных убеждений, включенных в картину мира, свидетельствует о том, что пациентка с РМЖ, отказавшаяся от лечения, воспринимает окружающий мир как доброжелательный, себя как удачливого человека, который защищен от несча-

стья и способен контролировать события собственной жизни. С одной стороны, эти базисные убеждения играют роль фактора посттравматической адаптации, но, с другой стороны, обуславливают риск, т.к. такое самовосприятие заставляет верить, что она будет защищена от неблагоприятных событий в своей жизни, при этом женщина не может указать на конкретные причины такого исхода.

Наиболее часто выбираемыми копинг-стратегиями у пациентки, отказавшейся от части лечения, являются положительная переоценка ($M = 15$), планирование ($M = 12$). Также используются дистанцирование ($M = 11$), конфронтация ($M = 8$), бегство-избегание ($M = 8$). Пациентка отличается интернальностью в областях достижений ($M = 6$) и производственных отношений ($M = 7$), то есть считает, что она добилась сама всего хорошего, что было и есть в жизни, и что она способна с успехом преследовать свои цели и в будущем, а также, что ее действия являются важным фактором в организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе. Однако общий уровень субъективного контроля ($M = 3$), контроль в областях неудач ($M = 1$), семейных ($M = 2$) и межличностных отношений ($M = 5$), в отношении здоровья и болезни ($M = 4$) является экстернальным. Пациентка не видит связи между своими действиями и значимыми для нее событиями жизни, не считает себя способной контролировать их развитие и полагает, что большинство их является результатом случая или действий других людей.

У пациентки высокие показатели качества жизни — физический и психологический компоненты здоровья. Ее психологический портрет сходен с психологическими характеристиками женщин, поздно обратившихся к врачу при подозрении на РМЖ [13].

Обсуждение

Полученные данные демонстрируют наличие парадоксальной самозащиты у пациентки, отказавшейся от части лечения. Ее

психологический профиль схож с психологическими особенностями женщин с РМЖ, течение болезни которых окончилось летальным исходом. В исследовании, проведенном в 2021 г. (проект №19-18-00426), получены данные о женщинах с негативным исходом заболевания (смерть), которые были убеждены в собственной удачливости и в возможности контроля происходящего, использовали широкий спектр стратегий совладания, были более жизнестойки, оптимистичны и имели выраженную интернальность по сравнению с женщинами, у которых заболевание перешло в стойкую ремиссию.

Заключение

В связи с тем, что описан один клинический случай, выводы делать не представляется возможным, но полученные данные подтверждают эмпирические наблюдения практикующих врачей-онкологов в том, что приверженность пациентов к лечению оказывает влияние на результаты лечения. В данном случае, установлено, что несмотря на I стадию заболевания, прогноз у пациентки ухудшился в связи с отказом от радикальной программы лечения. При этом выявлена связь с психологическими особенностями женщин, больных раком молочной железы в распространенной стадии, заболевание которых закончилось летальным исходом.

Мы не утверждаем, что психологическое состояние женщины влияет на само заболевание или его исход, но выявлены предпосылки, влияющие на прогноз течения заболевания. Мы планируем продолжить исследование парадоксальной самозащиты у женщин, больных раком молочной железы, увеличить количество наблюдений и подвергнуть результаты статистическому анализу.

Список литературы / References

1. Клинические рекомендации. Рак молочной железы (Одобрено научно-практическим советом Минздрава РФ). 2021. 127 с. [Clinical Recommendations. Breast Cancer (Approved by the Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation). 2021. 127 p. (In Russian)].
2. Meyer F, Fortin A, Wang CS, et al. Predictors of severe acute and late toxicities in patients with localized head-and-neck cancer treated with radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2012 Mar 15;82(4):1454-62. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2011.04.022.
3. Na Suh W, Kong KA, Han Y, et al. Risk factors associated with treatment refusal in lung cancer. *Thorac Cancer*. 2017;8:443-50. DOI: 10.1111/1759-7714.12461.
4. Chen S.J, Kung P.-T, Huang K.H, et al. Characteristics of the delayed or refusal therapy in breast cancer patients: A longitudinal population-based study in Taiwan. *PLoS ONE*. 2015;10:e0131305. DOI: 10.1371/journal.pone.0131305.
5. Chiang TY, Wang CH, Lin YF, et al. Colorectal cancer in Taiwan: A case-control retrospective analysis of the impact of a case management program on refusal and discontinuation of treatment. *J Adv Nurs*. 2018;74:395-406. DOI: 10.1111/jan.13443.
6. Mehta RS, Lenzner D, Argiris A. Race and health disparities in patient refusal of surgery for early-stage non-small cell lung cancer: A SEER cohort study. *Ann Surg Oncol*. 2011;19:722-7. DOI: 10.1245/s10434-011-2087-3.
7. Dispinzieri M, La Rocca E, Meneghini E, et al. Discontinuation of hormone therapy for elderly breast cancer patients after hypofractionated whole-breast radiotherapy. *Med Oncol*. 2018;35:107. DOI: 10.1007/s12032-018-1165-9.
8. Eichler M, Singer S, Janni W, et al. Pretreatment quality of life, performance status and their relation to treatment discontinuation and treatment changes in high-risk breast cancer patients receiving chemotherapy: Results from the prospective randomized ADEBAR trial. *Breast Cancer*. 2016;24:319-25. DOI: 10.1007/s12282-016-0706-3.
9. Freedman RA, Fedewa SA, Punglia RS, et al. Factors associated with radiation therapy incompleteness for patients with early-stage breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2015;155:187-99. DOI: 10.1007/s10549-015-3660-4.
10. Honecker F, Wedding U, Kallischnigg G, et al. Risk factors for unplanned discontinuation of scheduled treatment in elderly patients with castration-resistant prostate cancer: Results of the IBuTu study. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2018;144:571-7. DOI: 10.1007/s00432-017-2577-1.
11. Sethi RA, Stamell EF, Price L, et al. Head and neck radiotherapy compliance in an underserved patient population. *Laryngoscope*. 2010;120:1336-41. DOI: 10.1002/lary.20963.
12. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision ed. 2010. [accessed on 6 November 2020]. URL: https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.
13. Циринг ДА, Сергиенко ЕА, Пономарева ИВ и др. Психологические предикторы позднего обращения к врачу женщин с первичным люминальным раком молочной железы. *Сибирский психологический журнал*. 2022;(84):126-42. [Tsiring DA, Sergeenko EA, Ponomareva IV, et al. Psychological Predictors of Early Access for a Doctor among Women

with Primary Luminal Breast Cancer. *Siberian Journal of Psychology*. 2022;(84):126-42. (In Russian)]. DOI: 10.17223/17267080/84/7.

Вклад авторов

Статья подготовлена с равным участием авторов.

Authors' contributions

Article was prepared with equal participation of the authors.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. Not declared.

Финансирование. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 19-18-00426).

Financing. The study had sponsorship by RNF (project № 19-18-00426).

Информированное согласие. Все данные о пациенте в ходе исследования были обезличены, в связи с чем информированное согласие не бралось.

Informed consent. All data about the patient during the study were depersonalized, and therefore informed consent was not taken.

Сведения об авторе, ответственном за связь с редакцией

Кузнецова Анна Игоревна — к.м.н., доцент, заведующая учебной частью кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ, с.н.с., ann_rad@mail.ru; eLibrary SPIN-код 6695-9671.

Сведения об остальных авторах статьи

Важенин Андрей Владимирович — академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ВО ЮУГМУ МЗ РФ, eLibrary SPIN-код 1350-9411; vav222@mail.ru.

Циринг Диана Александровна — д.психолог.н., профессор, г.н.с., директор Уральского филиала Финансового университета при Правительстве Российской Федерации Минобрнауки России; Library SPIN-код 8114-4396; L-di@yandex.ru.

Пахомова Яна Николаевна — к.психолог.н., с.н.с., доцент кафедры психологии ВО «Челябинский государственный университет» Минобрнауки России, eLibrary SPIN-код 2960-1491; sizova159@yandex.ru.

Пономарева Ирина Владимировна — к.психолог.н., доцент, с.н.с., заместитель директора Уральского филиала Финансового университета при Правительстве Российской Федерации Минобрнауки России; eLibrary SPIN-код 8645-9023; ivp-csu@yandex.ru.

Миронченко Марина Николаевна — к.м.н., доцент кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ВО ЮУГМУ МЗ РФ, заместитель главного врача по медицинской части и научной работе Клиники ВО ЮУГМУ МЗ РФ, с.н.с.; eLibrary SPIN-код 8114-4396; thoraxhir@mail.ru.

Гладков Юрий Олегович — м.н.с.; eLibrary SPIN-код 9666-6726; ug_95@mail.ru.

Демчук Максим Алексеевич — м.н.с.; demchukmax74@gmail.com.

Новикова Татьяна Сергеевна — SPIN-код: 5184-3381; novikovats@chelonco.ru.

Clinical Observation: Assessment of Factors Associated with the Refusal or Termination of Treatment in Patients with Breast Cancer

A.I. Kuznetsova^{1,2}, Ya.N. Pakhomova^{2,4}, D.A. Tsiring^{2,3}, A.V. Vazhenin¹, I.V. Ponomareva^{2,3,4}, M.N. Mironchenko^{1,2}, M.A. Demchuk^{2,3,4}, Yu.O. Gladkov^{2,3,4}, T.S. Novikova¹

¹ South Ural State Medical University;
64, Vorovsky Str., Chelyabinsk, 454092, Russia; ann_rad@mail.ru

² National Research Tomsk State University;
36, Lenin Ave., Tomsk, 634050, Russia

³ Ural Branch of the Financial University under the Government of the Russian Federation;
58, Rabotnits Str., Chelyabinsk, 454084, Russia

⁴ Chelyabinsk State University;
129, Kashirin Brothers Str., Chelyabinsk, 454001, Russia

Abstract

The study analyzed the clinical observation of the psychological characteristics of a woman diagnosed with breast cancer, who refused part of the proposed therapy, and had no contraindications to start special treatment.

Patient Yu.F., born in 1953, diagnosis: cancer of the right breast T₁N_xM₀ ЭP(95 %), ПP(15 %), Her2neu(0), Ki67 (5 %), refused for personal reasons from the surgical treatment proposed at the 1st stage (a written refusal was taken), in connection with which a course of hormone therapy was prescribed, a course of remote radiation therapy according to a radical program. When assessing the psychological profile of the patient, the data obtained demonstrate the presence of paradoxical hyperprotection in the patient who refused part of the treatment. Her psychological profile is similar to the psychological characteristics of women with breast cancer, whose course of the disease ended in death. In a study conducted in 2021, data were obtained on women with a negative outcome of the disease (death), who were convinced of their own luck and in the ability to control what was happening, used a wide range of coping strategies, were more resilient, are optimistic and had a pronounced internality in comparison with women in whom the disease went into stable remission.

Key words: *breast cancer, treatment refusal, psychological profile, internality, coping strategies*

For citation: Kuznetsova AI, Pakhomova YaN, Tsiring DA, Vazhenin AV, Ponomareva IV, Mironchenko MN, Demchuk MA, Gladkov YuO, Novikova TS. Clinical Observation: Assessment of Factors Associated with the Refusal or Termination of Treatment in Patients with Breast Cancer. Journal of Oncology: Diagnostic Radiology and Radiotherapy. 2023;6(1):80-87. (In Russian).

DOI: 10.37174/2587-7593-2023-6-1-80-87

Information about the authors:

Kuznetsova A.I. <https://orcid.org/0000-0002-2496-8273>

Pakhomova Ya.N. <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>

Tsiring D.A. <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>

Vazhenin A.V. <https://orcid.org/0000-0002-7912-9039>

Ponomareva I.V. <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>

Mironchenko M.N. <https://orcid.org/0000-0002-3674-754X>

Gladkov Yu.O. <https://orcid.org/0000-0003-2495-1639>