

*Судаков Дмитрий Валерьевич*

*Назлиев Данаил Красимирович*

*Белов Евгений Владимирович*

*Судаков Олег Валерьевич*

*Шевцов Артём Николаевич*

*DOI 10.31483/r-97288*

## **ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ**

# **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, В ПЕРИОД НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ**

*Аннотация: в работе рассматривается вопрос комплексного лечения пациентов с разнообразной онкологической патологией. Обобщаются общие понятия о современных, утвержденных Минздравом, подходах к терапии онкопациентов, а также понятие онкологического консилиума. Указываются возможные недостатки существующих методов лечения, в том числе и отсутствие квалифицированной психологической поддержки пациентов. Некоторые авторы выступают за необходимость введения в онкоконсилиум психологов и психоаналитиков, так как позитивный настрой самого пациента может положительно сказаться на общем исходе заболевания. Целью работы стала попытка проанализировать некоторые аспекты психоэмоционального состояния женщин, больных раком молочной железы, на протяжении: от состояния «благополучия» до установления клинического диагноза с последующим периодом лечения; в исследование также включают 2 периода «волны» новой коронавирусной инфекции. Объектами исследования стали 150 пациенток, страдающих от рака молочной железы. Все они были разделены на 3 группы по 50 женщин в зависимости от возраста: 20–39 лет, 40–59 лет, 60–80 лет. Исследование проводилось с помощью анкетирования (по специально разработанной авторами анкете), а также с помощью методик Зунга и Спилберга. Изучался уровень тревожности пациенток, уровень их депрессивных состояний в зависимости от «контрольной точки» (всего было выделено 5, в которых проводились этапы*

исследования) исследования и возраста пациенток. Было определено 2 основных пика психоэмоциональных состояний – момент постановки клинического диагноза и период «первой волны» новой коронавирусной инфекции. Именно в эти периоды у пациенток нарастал уровень тревожности, развивались депрессивные состояния. Были выявлены и некоторые интересные особенности: так, если наибольшие опасения в период «первой волны» вызывал страх перед COVID-19, то во время «второй волны» во главу вышли проблемы финансового обеспечения и собственно – проведение лечения. Полученные данные могут представлять интерес как для врачей, занимающихся лечением онкобольных, и организаторов здравоохранения, так и для психологов и психоаналитиков.

**Ключевые слова:** онкология, тревожность, депрессия, пациент, Спилберг, Зунг, страх, коронавирус.

**Abstract:** the paper deals with the issue of complex treatment of patients with various oncological pathologies. General concepts of modern, approved by the Ministry of Health, approaches to the therapy of cancer patients, as well as the concept of an oncological consultation are generalized. Possible disadvantages of existing treatment methods are indicated, including the lack of qualified psychological support for patients. Some authors advocate the need to introduce psychologists and psychoanalysts into the oncoconsilium, since a positive attitude of the patient himself can have a positive effect on the overall outcome of the disease. The aim of the work was an attempt to analyze some aspects of the psychoemotional state of women with breast cancer throughout: from the state of «well-being» to the establishment of a clinical diagnosis, followed by a period of treatment; the study also includes 2 periods of «waves» of new coronavirus infection. The subjects of the study were 150 female patients suffering from breast cancer. All of them were divided into 3 groups of 50 women, depending on age: 20–39 years old, 40–59 years old, 60–80 years old. The study was carried out using a questionnaire (according to a questionnaire specially developed by the authors), as well as using the Zung and Spielberg methods. We studied the level of anxiety of the patients, the level of their depressive states, depending on the «control point» (a total of 5 were allocated, in which the research stages were carried out) of

---

*the study and the age of the patients. There were identified 2 main «peaks» of psychoemotional states – the moment of clinical diagnosis and the period of the «first wave» of a new coronavirus infection. It was during these periods that the level of anxiety increased in patients, and depressive states developed. Some interesting features were also identified: for example, if the greatest fears during the «first wave» were caused by fear of Covid-19, then during the «second wave» the problems of financial security and, in fact, treatment were at the fore. The data obtained may be of interest both for doctors who treat cancer patients and healthcare organizers, and for psychologists and psychoanalysts.*

**Keywords:** oncology, anxiety, depression, patient, Spielberg, Zung, fear, coronavirus.

#### *Актуальность.*

Лечение больных онкологического профиля за последние несколько десятилетий превратилось из медицинской проблемы – в социальную. С каждым годом в нашей стране, как и во всем мире, регистрируется все большее количество новых зарегистрированных случаев различных злокачественных онкологических заболеваний [1, с. 24]. Ряд ученых-исследователей объясняет все это целым рядом разнообразных факторов. Однако наиболее значимым из всех является позднее обращение за первичной медицинской помощью, в том числе и несвоевременное прохождение профилактических осмотров. Многие пациенты годами откладывают свой «визит» к врачу, до тех пор, пока не становится «слишком поздно». Ведь большая часть даже злокачественной онкопатологии довольно хорошо поддается лечению на ранних стадиях (1 и 2 стадии заболевания). Однако, уже начиная с 3 стадии, прогноз лечения, последующего выздоровления и выживаемости во многих случаях становится сомнительным. Многие авторы приводят статистические данные, согласно которым наименьшая смертность от ряда онкологических заболеваний наблюдается в тех странах, которые много внимания уделяют обязательному и главное своевременному проведению профилактических осмотров [2, с. 105].

К сожалению, с каждым годом наблюдается еще одна негативная тенденция – онкопатология молодеет. Если еще несколько десятков лет назад считалось, что «рак» свойственен исключительно пожилому и старческому возрасту, то существующие в наше время статистические данные позволяют всерьез задуматься о пересмотре сложившихся мнений. Все чаще среди онкобольных встречаются люди зрелого возраста, молодые люди [6, с. 112] или даже дети. Особенно это становится актуально с учетом того, что заболевшие люди, зачастую, не могут выполнять своих рабочих обязанностей, вынуждены оформлять себе больничные листы или, в случаях с длительным течением заболевания, и вовсе – инвалидность 1–2 группы [7, с. 48].

Все вышеперечисленное придает различным аспектам лечения онкопатологии значительную актуальность, что нашло отражение и в утвержденных Минздравом действующих клинических рекомендациях, затрагивающих подходы к диагностике, лечению и даже возможной реабилитации пациентов. Постоянное совершенствование подходов к ведению онкобольных привело к изменению самого взгляда на общий лечебный процесс каждого пациента. Во главе лечебного процесса теперь находится не один лечащий врач, а всегда – онкоконсилиум, состоящий, как правило, из 5 врачей: онколога, химиотерапевта, радиолога, хирурга, иммунолога. Данный тандем позволяет осуществлять более качественное и адекватное комплексное лечение, приносит новый взгляд на проблему видоизменения терапии в зависимости от «ответа пациента на лечение» [4, с. 58].

В то же время многие авторы считают, что представленных специалистов, несмотря на общую возросшую эффективность комплексного лечения, не достаточно. Указывается важная роль различных психоэмоциональных аспектов [5, с. 634], в том числе и уровня тревожно и депрессивных состояний [8, с. 105], выявляемых у больных. Многие ученые – исследователи считают, что позитивный настрой самого онкобольного, в совокупности с комплексным, зачастую комбинированным лечением, способен оказать положительный эффект на исход заболевания. Некоторые врачи – онкологи так же признают, что в ряде случаев в больничных стационарах не хватает психологов или психоаналитиков [10,

---

с. 218], которые могли бы поддержать пациентов и направить их психоэмоциональное состояние в нужное русло [3, с. 54].

Особая необходимость в купировании развития тревожных состояний и изменении общего психоэмоционального настроя возникла весной 2020 года, когда Российскую Федерацию, как и весь остальной мир, охватила пандемия новой коронавирусной инфекции. Высокая контагиозность нового заболевания, и ряд тяжелых осложнений, им вызываемых, привел к введению исключительных мер, направленных на поддержание благоприятной эпидемиологической обстановки. Введение мер, по сдерживанию новой коронавирусной инфекции затронуло все профессии и все слои населения; затронуло врачей различных специальностей и их пациентов. Многие отделения многопрофильных стационаров закрывались на карантин, после выявления в них лиц, зараженных COVID-19. Многие пациенты оказывались без квалифицированной и такой им необходимой медицинской помощи. Максимальная длительность карантина в некоторых отделениях Воронежского областного клинического онкологического диспансера и в Воронежской областной клинической больнице, при выявлении нескольких больных врачей одновременно, составляла до 2–3 недель. В ряде случаев подобные ситуации ухудшали общее психоэмоциональное состояние пациентов и даже приводили к возникновению нервных срывов и развитию депрессивных состояний.

Осенью 2020 года в России и в мире началась новая, «вторая волна» новой коронавирусной инфекции. Возможно, благодаря ряду противоэпидемиологических своевременных мероприятий, в настоящее время, несмотря на рост числа заболевших и умерших, удается несколько сдерживать ситуацию [9, с. 168]. Так же, несмотря на рост числа заболеваний среди медицинских работников, пока удается сохранить работоспособность различных отделений [11, с. 26] Воронежского областного клинического онкологического диспансера и Воронежской областной клинической больницы №1.

В возникших условиях определенный интерес приобретает изучение психоэмоционального состояния пациентов онкологического профиля, а также

сравнение уровня их тревожности на момент «первой» и «второй волны» новой коронавирусной инфекции, с выявлением возможных депрессивных состояний и определением основных страхов.

Целью работы стала попытка оценить изменение некоторых аспектов психоэмоционального состояния пациентов онкологического профиля в динамике, на момент «первой» и «второй волны» COVID-19, в частности определить их уровень тревожности и наличие депрессивных состояний, выявить основные «страхи» и опасения.

#### *Материалы и методы.*

Объектами исследования послужили 150 пациенток онкологического профиля, женщин в возрасте от 20 до 80 лет, проходивших лечение или обращающихся за медицинской помощью в Воронежский областной клинический онкологический диспансер (плановое оказание медицинской помощи) или в Воронежскую областную клиническую больницу №1 (экстренная медицинская помощь по осложнениям основного – онкологического заболевания).

Всех онкобольных разделены на 3 группы, в зависимости от их возраста. В 1 группу были включены женщины от 20 до 39 лет. Во 2 группу входили онкологические больные от 40 до 59 лет. 3 группу составляли онкопациентки в возрасте от 60 до 80 лет.

У всех онкопациентов, участвующих в исследовании был верифицирован диагноз – «рак молочной железы». С учетом специфики и возможной тяжести течения онкологических заболеваний, было принято решение, включать в исследование пациенток лишь с 1–2 стадией «онко» процесса. Это обусловлено тем, что исследование стартовало в марте 2020 года (первый этап), когда многие эпидемиологи уже заявляли о необратимости наступления «второй волны» новой коронавирусной инфекции, однако были не известны сроки ее начала. Исследование изначально планировалось, как продолжительное во времени. Важным условием становилось участие одних и тех же пациенток на всем его протяжении. Перечисленные факторы и стали причиной включения в исследование лишь женщин с 1–2 стадией рака, так как 3–4 стадии не гарантировали бы длительное

«участие» пациенток. Второй этап исследования выполнялся в октябре 2020 года, когда было официально объявлено о начале «второй волны» COVID-19.

Средний возраст пациенток различных групп представлен в таблице 1.

Таблица 1

Средний возраст пациенток различных групп и подгрупп

Группа	Средний возраст
I	$32,24 \pm 6,37$
II	$51,82 \pm 5,38$
III	$67,41 \pm 6,03$

Основным способом проведения данного исследования стало анкетирование пациенток, которое осуществлялось только после их добровольного согласия на участие в исследовании и анкетировании на протяжении времени, а также после подписания ими всех необходимых согласий.

Основными изучаемыми в работе вопросами стали: уровень ситуативной и личностной тревожности пациенток с раком молочной железы на момент «первой» и второй волны» новой коронавирусной инфекции, а также выявление депрессивных состояний различного уровня. С этой целью применялись опросники Спилберга и Зунга.

Заключительным этапом каждой части исследования стало выявление основных «страхов и опасений» онкопациенток с раком молочной железы, динамика которых также анализировалась от «первой» до «второй волны» новой коронавирусной инфекции.

*Результаты и их обсуждение.*

Исследование началось с определения уровня личной и ситуативной тревожности в пяти «контрольных», по мнению авторов, «точках» исследования: изучение «обычной» личностной тревожности в момент установления диагноза, в период лечения, в начале «первой волны» и в начале «второй волны» новой коронавирусной инфекции.

Полученные результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Уровни различных видов тревожности  
в 5-и «контрольных точках» исследования

Вид тревожности по группам / контрольные точки исследования	1 группа n=50 (20–39 лет)	2 группа n=50 (40–59 лет)	3 группа n=50 (60–80 лет)
1 «контрольная точка» – обычная личностная тревожность			
Низкая тревожность	28 (56%)	25 (50%)	26 (52%)
Средняя тревожность	16 (32%)	18 (36%)	19 (38%)
Высокая тревожность	6 (12%)	7 (14%)	5 (10%)
2 «контрольная точка» – постановка окончательного диагноза			
Личностная тревожность			
Низкая тревожность	10 (20%)	11 (22%)	11 (22%)
Средняя тревожность	24 (48%)	27 (54%)	29 (58%)
Высокая тревожность	16 (32%)	12 (24%)	10 (20%)
Ситуативная тревожность			
Низкая тревожность	7 (14%)	8 (16%)	14 (28%)
Средняя тревожность	23 (46%)	20 (40%)	25 (50%)
Высокая тревожность	20 (40%)	22 (44%)	11 (22%)
3 «контрольная точка» – период лечения			
Личностная тревожность			
Низкая тревожность	22 (44%)	20 (40%)	19 (38%)
Средняя тревожность	21 (42%)	23 (46%)	25 (50%)
Высокая тревожность	7 (14%)	7 (14%)	6 (12%)
Ситуативная тревожность			
Низкая тревожность	22 (44%)	20 (40%)	17 (34%)
Средняя тревожность	20 (40%)	23 (46%)	27 (54%)
Высокая тревожность	8 (16%)	7 (14%)	6 (12%)
4 «контрольная точка» – первая волна новой коронавирусной инфекции			
Личностная тревожность			
Низкая тревожность	8 (16%)	8 (16%)	9 (18%)
Средняя тревожность	19 (38%)	24 (48%)	23 (46%)
Высокая тревожность	23 (46%)	18 (36%)	18 (36%)
Ситуативная тревожность			
Низкая тревожность	4 (8%)	6 (12%)	9 (18%)
Средняя тревожность	22 (44%)	24 (48%)	23 (46%)
Высокая тревожность	24 (48%)	20 (40%)	18 (36%)
5 «контрольная точка» – вторая волна новой коронавирусной инфекции			
Личностная тревожность			
Низкая тревожность	14 (28%)	17 (34%)	13 (26%)
Средняя тревожность	26 (52%)	27 (54%)	28 (56%)

Высокая тревожность	10 (20%)	6 (12%)	9 (18%)
Ситуативная тревожность			
Низкая тревожность	15 (30%)	15 (30%)	14 (28%)
Средняя тревожность	26 (52%)	24 (48%)	22 (44%)
Высокая тревожность	9 (18%)	11 (22%)	14 (28%)

При обработке полученных результатов была выявлена определенная закономерность – личностная и ситуативная тревожность у пациенток всех групп возрастала при постановке и верификации клинического диагноза. При этом, после назначения комплексного лечения, у пациенток наблюдалось снижение личностной и ситуативной тревожности. Несмотря на некоторые различия в процентном объеме по уровню тревожности, данная тенденция сохранялась во всех трех группах. В беседах пациентки признавались, что испытывали сильный стресс и волнение, когда узнавали о своем диагнозе. С назначением комплексного лечения женщины несколько «успокаивались» и их уровень тревожности снижался, особенно это четко прослеживалось в тех случаях, когда пациенты ощущали в полной мере эффект от лечения.

При наступлении «первой волны» коронавирусной инфекции отмечался резкий рост тревожности у пациенток с раком молочной железы. При этом изменилась и структура тревожности: увеличилось количество пациенток с высоким и средним уровнем тревожности, уменьшилось число женщин с низким уровнем тревожности. В личных беседах с испытуемыми было выяснено, что резкий рост тревожности и изменение ее общего удельного веса в сторону высокой тревожности было обусловлено целым рядом причин, что нашло отражение в дальнейших этапах исследования.

При наступлении «второй волны» ситуация с уровнем тревожности у пациенток, больных раком молочной железы несколько изменилась. В структуре уровней тревожности стали преобладать онкопациентки со средним уровнем тревожности и с низким уровнем тревожности. При этом женщины с высоким уровнем тревожности встречались гораздо реже.

Следующим этапом работы стало выявление возможных депрессивных расстройств у пациентов различных групп и подгрупп также на протяжении 5 «контрольных точек», выбранных авторами. Полученные данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Выявление депрессивных состояний у пациенток с раком молочной железы  
в 5-и «контрольных точках» исследования

Вид тревожности по группам / контрольные точки исследования	1 группа n=50 (20–39 лет)	2 группа n=50 (40–59 лет)	3 группа n=50 (60–80 лет)
1 «контрольная точка» – до начала заболевания			
Без признаков депрессии	24 (48%)	18 (36%)	19 (38%)
Легкая депрессия	23 (46%)	27 (54%)	27 (54%)
Истинно депрессивное состояние	3 (6%)	5 (10%)	4 (8%)
2 «контрольная точка» – постановка окончательного диагноза			
Без признаков депрессии	4 (8%)	5 (10%)	6 (12%)
Легкая депрессия	29 (58%)	31 (62%)	29 (58%)
Истинно депрессивное состояние	17 (34%)	14 (28%)	15 (30%)
3 «контрольная точка» – период лечения			
Без признаков депрессии	24 (48%)	18 (36%)	19 (38%)
Легкая депрессия	23 (46%)	27 (54%)	27 (54%)
Истинно депрессивное состояние	3 (6%)	5 (10%)	4 (8%)
4 «контрольная точка» – первая волна новой коронавирусной инфекции			
Без признаков депрессии	3 (6%)	8 (16%)	6 (12%)
Легкая депрессия	24 (48%)	24 (48%)	29 (58%)
Истинно депрессивное состояние	23 (46%)	18 (36%)	15 (30%)
5 «контрольная точка» – вторая волна новой коронавирусной инфекции			
Без признаков депрессии	8 (16%)	8 (16%)	4 (8%)
Легкая депрессия	38 (76%)	35 (70%)	40 (80%)
Истинно депрессивное состояние	4 (8%)	7 (14%)	6 (12%)

При обработке результатов депрессивных состояний также прослеживалась тенденция, аналогичная уровням тревожности пациенток. При этом данная тенденция наблюдалась среди онкопациенток всех трех групп. Первый рост депрессивных состояний наблюдался при постановке окончательного диагноза у пациенток, когда лечащим врачом сообщалось о диагнозе, им объяснялись аспекты

их заболевания, дальнейшего лечения, в том числе и оперативного, вопросы реабилитации, 5-летней выживаемости и т. д.

На фоне проводимого комплексного лечения и на фоне ощущаемого положительного эффекта от него, психоэмоциональное состояние пациенток значительно улучшалось, что в конечном счете, приводило к увеличению числа онко пациенток без признаков депрессии (при общем преобладании пациенток с легкой депрессией).

На фоне развития «первой волны» новой коронавирусной инфекции и роста числа заболевших COVID-19, наблюдался новый (второй) рост депрессивных состояний и увеличение их тяжести.

Однако развитие второй волны не привело к столь выраженному росту депрессивных состояний с увеличением их тяжести в общем удельном объеме.

Изучение причин роста депрессивных состояний во время «первой волны» новой коронавирусной инфекции и выявления аспектов, предотвративших аналогичный рост во время «второй волны» стало заключительным этапом исследования. Полученные данные представлены в таблице 4.

Таблица 4

Основные страхи, вызывающие беспокойство пациентов и влияющие

на их психоэмоциональное состояние на 4 и 5 этапах исследования

Тревожность	1 группа n=50 (20–39 лет)	2 группа n=50 (40–59 лет)	3 группа n=50 (60–80 лет)
«Первая волна»			
Страх перед новой коронавирусной инфекцией (n=54)	18 (36%)	21 (42%)	15 (30%)
Опасение не получить квалифицированную медицинскую помощь из-за закрытия стационара (n=46)	15 (30%)	17 (34%)	14 (28%)
Опасение изменения федеральных программ (связанных с финансированием) лечения онкобольных пациентов (n=32)	5 (10%)	7 (14%)	20 (40%)
Опасение невозможности заказа желаемых имплантов из-за ограничения грузоперевозок (n=14)	9 (18%)	5 (10%)	0 (0%)

Опасение не получить квалифицированную медицинскую помощь из-за смены лечащего врача, ушедшего «на больничный» (n=4)	3 (6%)	0 (0%)	1 (2%)
«Вторая волна»			
Опасение изменения федеральных программ лечения онкобольных пациентов (n=55)	17 (34%)	16 (32%)	22 (44%)
Опасение не получить квалифицированную медицинскую помощь из-за закрытия стационара (n=38)	13 (26%)	11 (22%)	14 (28%)
Страх перед новой коронавирусной инфекцией (n=36)	12 (24%)	14 (28%)	10 (20%)
Опасение не получить необходимую химиотерапию из-за сокращения финансирования (n=11)	2 (4%)	7 (14%)	2 (4%)
Другие (n=10)	6 (12%)	2 (4%)	2 (4%)

При обработке полученных на завершающем этапе исследования данных было установлено, что «страхи и опасения» пациенток с раком молочной железы в «первую» и «вторую волну» новой коронавирусной инфекции значительно различались.

Ведущими причинами ухудшения психоэмоционального состояния во время «первой волны» COVID-19, стали: страх перед новой коронавирусной инфекцией – 36%; опасение не получить квалифицированную медицинскую помощь, из-за закрытия на карантин различных отделений онкологического диспансера и областной больницы – 30,66%; опасение изменения программ, связанных с федеральным финансирование лечения онкобольных – 21,33%; опасения невозможности заказа понравившихся имплантов из-за проблем с грузоперевозками – 9,33%; опасение не получить медицинскую помощь, из-за смены лечащего врача, ушедшего «на больничный» – 2,66%.

Ведущими причинами ухудшения психоэмоционального состояния во время «первой волны» COVID-19, стали: опасение изменения программ, связанных с федеральным финансирование лечения онкобольных -36,66%; опасение не получить медицинскую помощь из-за закрытия стационаров на карантин – 25,33%; страх перед новой коронавирусной инфекцией – 24%; опасения не

получить необходимую химиотерапию из-за сокращения финансирования – 7,33%; другие причины – 6,66%.

Если в « первую волну » наиболее пугающим стал страх перед коронавирусом, то во «вторую волну» пациентов больше волновал процесс лечения их онкологии и слухи о возможном прекращении финансирования. В то же время опасения пациентов весной и осенью (первая и вторая волны) 2020 были схожи, хоть их приоритеты и видоизменялись.

Полученные данные представляют большой интерес для психологов и психоаналитиков, для врачей-онкологов и для организаторов здравоохранения.

### *Выводы.*

На протяжении всего исследования среди онкопациенток всех групп наблюдалось 2 пика негативных эмоциональных всплесков. Первый пришелся на момент верификации клинического диагноза, второй на « первую волну » коронавирусной инфекции. Именно на эти периоды пришлось максимально негативное изменение психоэмоционального состояния женщин, входивших в исследование, – повышение уровня личностной и ситуативной тревожности.

Аналогично с изменением уровнем тревожности, на представленных «пиках» отмечалось развитие депрессивных состояний пациенток, вплоть до появления истинно депрессивных состояний, которые, в то же время «нормализовались» между представленными пиками.

Интересной частью исследования стало и изучение и основных причин изменения психоэмоционального состояния пациенток во время «пиков» и «волн коронавируса». Если на момент «первой волны» превалировал страх перед COVID-19, то во время «второй волны» наибольшие опасения вызывали слухи о возможном закрытии существующих федеральных программ лечения онкологий.

Полученные в статье данные представляют интерес как для психологов и психоаналитиков, так и для врачей различных специальностей, занимающихся лечением онкологической патологии, а также для организаторов здравоохранения.

### ***Список литературы***

1. Анализ клинических проявлений впервые выявленного рака поджелудочной железы на разных стадиях у пациентов, поступающих в хирургический стационар в порядке скорой медицинской помощи / Д.В. Судаков [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2019. – Т. 18, №4. – С. 23–34.
2. Вредные привычки студентов медицинского вуза / А.В. Черных [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2019. – №76. – С. 103–108.
3. Изучение психоэмоциональных аспектов ведения больных с онкопатологией / Д.В. Судаков [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2020. – Т. 23, №1. – С. 53–59.
4. Отношение к алкоголю пациентов с панкреонекрозом / Д.В. Судаков [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2019, №76. – С. 56–61.
5. Петрова Т.Н. Особенности психоэмоционального статуса и адаптации к учебному процессу студентов технического вуза / Т.Н. Петрова, О.В. Судаков // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2012. – Т. 11., №3. – С. 632–635.
6. Попов В.И. Оценка психологического здоровья студентов медицинского вуза / В.И. Попов [и др.] // Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы. – М., 2019. – С. 110–126.
7. Принципы моделирования и управления системой здравоохранения / Н.А. Гладских [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, №3. – С. 47–52.
8. Стесс в жизни студентов медицинского вуза / Д.В. Судаков [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2020. – Т. 23, №1. – С. 103–108.
9. Оценка психоэмоционального статуса онкобольных в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки / Д.В. Судаков [и др.] // Современные

---

вызовы образования и психология формирования личности: монография / Ред-коллегия: Ж.В. Мурзина, О.Л. Богатырева. – Чебоксары, 2020. – С. 167–174.

10. Судакова О.А. Анализ психоэмоционального состояния пациенток, инфицированных ВИЧ, находящихся на лечении в гинекологических отделениях городских больниц / О.А. Судакова, Г.В. Орлова, Д.В. Судаков // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2017. – №70. – С. 216–221.

11. Некоторые ошибки при проведении телеметрических медицинских консультаций / О.В. Судаков [и др.] // Современная наука Евразии: сборник материалов Международной научной конференции / отв. ред. Л.И. Королев. – 2018. – С. 26–27.

---

*Судаков Дмитрий Валерьевич* – канд. мед. наук, доцент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Россия, Воронеж, врач – хирург, онколог БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1», г. Воронеж, Россия.

*Назлиев Данаил Красимирович* – врач онколог-маммолог БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер», г. Воронеж, Россия.

*Белов Евгений Владимирович* – канд. мед. наук, доцент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», г. Воронеж, Россия.

*Судаков Олег Валерьевич* – д-р мед. наук, заведующий кафедрой медицинской информатики и статистики ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», г. Воронеж, Россия.

*Шевцов Артём Николаевич* – канд. мед. наук, доцент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», г. Воронеж, Россия.

---