

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Андрющенко А.В., ГУ НЦПЗ РАМН

Источник: www.rak.by

Реабилитация онкологических больных является важной проблемой, которой посвящен целый ряд исследований (Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., 1983, Асеев А.В. и др., 1995; Алясова А.В. и др., 2002; Терентьев И.Г. и др., 2004...). Актуальность своевременной восстановительной работы во многом связана с инвазивными методами диагностики, многоэтапным характером лечения, а также с многочисленными неблагоприятными последствиями, наблюдающимися у онкологических больных. В первую очередь, к ним относятся выраженные анатомо-функциональные нарушения, разнообразные иммунологические и метаболические расстройства, тяжелый психологический стресс, стигматизация, нарушение социального функционирования и качества жизни, частичная утрата работоспособности или стойкая инвалидизация.

Реабилитация онкологических больных должна носить комплексный характер, включая использование различных методов лечения и влияния. Согласно современным данным реабилитационные мероприятия должны начинаться на диагностическом этапе, продолжаться в условиях стационара и по выписке из него на протяжении не менее 1-5 лет – периода, в течение которого определяются многие параметры жизни больных в плане лечения по радикальной программе.

Лечебно-реабилитационная работа с онкологическими больными построена на основе системы требований о должном поведении медицинских работников, соответствующей медицинской деонтологии. В рамках биомедицинского подхода разработаны такие основные терапевтические принципы как сочетание радикализма и бережного отношения к органам и тканям на операционном этапе, профилактика послеоперационных осложнений, занятия лечебной физкультурой по специальным программам, выполнение органосохраняющих реконструктивно-пластических операций и эндопротезирования, предупреждающая лекарственная коррекция иммунологических и метаболических нарушений, развивающихся в результате проведения традиционного противоопухолевого лечения.

В последние годы анализируются данные о взаимозависимостях между тяжелыми соматическими заболеваниями и патопсихологическими и психическими расстройствами, которые влияют на тяжесть состояния, приверженность традиционным методам лечения, степень дезадаптации и продолжительность жизни (Марилова Т.Ю., 1986; Семке В.Я., Гузев А.Н., 1990; Васянова В.В., Менделевич В.Д., 1995; Блинов Н.Н., Чулкова В.А., 1996; Овчарова Р.В., 1997; Былкина Н.Д., 1997; Грганеева Н.П., Дорохова Т.А., 1999).

При описании клинической картины онкологических больных может быть выделено два основных психологических варианта, отражающих полярные типы внутренней картины болезни (ВКБ, термин Лурия А.Р., 1977). Первый тип, определяемый термином **гипернозогнозия**, показывает отношение к болезни через высокую значимость переживания телесного неблагополучия и убежденность в невозможности самостоятельно совладать с симптомами соматического заболевания. В клинической картине выявляется тревога, депрессия, ипохондрия, частые обращения за медицинской помощью, длительные госпитализации, неоправданное комбинирование лекарств, использование средств нетрадиционной медицины. Второй тип, определяемый термином **гипонозогнозия**, показывает отношение к болезни через снижение соответствующих переживаний, недооценку значимости соматического заболевания, убежденность в возможности самостоятельно совладать с ним. Для поведения этих больных характерно несвоевременное обращение за медицинской помощью, невыполнение рекомендаций, нежелание исключать контакты с вредными факторами, отказ от долгосрочной терапии. У больных с выраженными проявлениями гипернозогнозии и гипонозогнозии можно прогнозировать серьезные проблемы на этапе диагностики, выбора антибластомной терапии, профилактического противорецидивного лечения, осложнения в послеоперационном периоде и т.д.

За последние десятилетия получены данные о наибольшей распространенности у больных с онкологической патологией т.н. дезадаптивных состояний, или реактивных состояний в ответ на серьезное заболевание по типу нозогений (Володина Л.Н., Володин Б.Ю., 1996). Эти реакции, обусловленные психотравмирующим воздействием основного соматического заболевания, проявляются трудноразрешимыми психологическими проблемами и относительно легкими психическими нарушениями (симптомами тревоги, бессонницы, деморализации, депрессии, заострением личностных качеств, поведенческими отклонениями). Особенности психических реакций с учетом типа внутренней картины болезни во многом определяются личностными и ситуационными факторами (преморбидный склад личности, защитные механизмы, стратегии совладания с болезнью, ожидание срока при начале лечения, переносе операции, результаты лечения других пациентов и т.д.), а также клиническими проявлениями соматической патологии.

При оценке психотравмирующей ситуации, связанной с онкологическим заболеванием, основное значение для больных имеют следующие факторы:

1) данные, способствующие формированию чувства утраты контроля над происходящими событиями: субъективно тяжелые проявления основного заболевания, неблагоприятный прогноз, запоздалая диагностика, малоразработанные методы лечения для некоторых форм онкопатологии, преобладание нерадикальных методов лечения, частые повторные курсы химио-лучевой терапии;

2) влияние общественных представлений о мучительности и опасности для жизни данного заболевания, определяемое семантикой болезни;

3) наличие существенных ограничений, налагаемых на бытовую и профессиональную деятельность и существенно меняющих качество жизни.

Для улучшения прогноза типа реагирования следует учитывать внутреннюю картину болезни, характерологические особенности и «неодномоментность» формирования ответа на болезнь у онкологических больных (психогенные реакции на разных этапах диагностики и лечения могут меняться).

На диагностическом этапе отмечаются помимо «шоковых» реакций эти два основных типа реакции на болезнь. Первая группа больных при амбулаторном обследовании склонна к реакции страха, паники, на предложение госпитализировать у больных возникает стойкое состояние тревоги и депрессии. Пациент боится не только болей, угасания, смерти, но и физических дефектов (например, удаления части тела или органа, облысения из-за химиотерапии и т.д.), а также социальной изоляции вследствие длительного пребывания в больнице. При обследовании таких пациентов надо быть крайне предусмотрительным, т.к. больной внимательно наблюдает за медперсоналом, в первую очередь врачом, оценивает те симптомы, которые обнаруживает у него врач, отношение и реакцию на них. Пациент впитывает, как губка, все услышанное о своем состоянии и заболевании. В этих случаях ненужное отвлечение при обследовании, невнимание к жалобам пациента могут сказаться неблагоприятно (уменьшится доверие к врачу, ухудшится контакт с ним). Другая группа больных реагирует патологическим «спокойствием» и пассивностью, нерегулярно посещает поликлинику, часто не доводит до конца первое обследование, негативно относится к предложению стационарного обследования с целью уточнения диагноза и подбора адекватного лечения. При обследовании обеих групп пациентов необходимо соблюдать психотерапевтический подход, следует избегать «развенчивания» искаженной картины болезни, адекватно с учетом типа реагирования подбирать информацию об особенностях проявления и течения конкретного заболевания, а также о надежных и целесообразных методах обследования для этой группы больных, проводить соответствующую подготовку перед каждой из планируемых процедур.

На этапах, связанных с операцией, отмечается еще одна закономерность – прямая зависимость между степенью инвазивности вмешательства, определяемой местом поражения, и выраженностью эмоциональных расстройств (Шульга А.И., Сонник Е.Г., 1990; Завизион и др., 1995; Менделевич, 1997; Коблер-Росс, 2001; Русина Н.А., 2002). Так, у больных с экстирпацией прямой кишки имеются более тяжёлые реакции, чем у больных с резекцией желудка. Больные оказываются психологически неподготовленными к операции и её хирургическим последствиям, жизнедеятельности со стомой. Для пациентов с послеоперационными стомами характерно снижение самооценки, эмоциональная нестабильность, высокий уровень аутоагрессии, социальная дезадаптация. Пациенты с противопоказаниями к восстановительной

операции используют нерациональные способы психологической защиты. Они становятся чрезмерно обидчивы, неадекватны в восприятии своего тела, испытывают болезненный стыд. При этом боятся, что люди избегают их из опасения заразиться, в связи с этими переживаниями сокращают контакты и общение. С учетом этих данных можно лучше прогнозировать психогенные реакции для определенного контингента больных. Именно с учетом выявляемых болезненных представлений объяснять выбор той или иной терапевтической стратегии среди других современных методов, выбор объема операции в случаях экстренного вмешательства, информировать в щадящей форме о предстоящих трудностях лечения и опасных методах медицинских вмешательств. При этом не следует вести разговор о больном с другим медработником в его присутствии, если это касается каких-либо сторон болезни, о которых не нужно знать больному.

На стадии стационарного этапа необходимо поддерживать охранительный режим, который зависит от четкой организации работы в отделении и между различными подразделениями, правильного размещения больных в палате с учетом психологической совместимости.

На катамнестическом этапе больные обычно чувствуют облегчение, в связи с тем, что могут вернуться домой. Кроме этого особенности психологической реакции во многом определяются продуктивностью проведенного лечения. При возобновлении болезненного процесса многие больные вновь переживают бессилие и растерянность. В целом последовательность реакций неизлечимо больных на приближающуюся смерть описывает модель Kubler-Ross.

1. Фаза отрицания и нежелания знать о реальных угрозах жизни, что дает возможность больным увидеть несуществующий шанс.
2. Фаза озлобления и гнева, сопровождающаяся вопросом: «Почему я», позволяет проявлять свои агрессивные тенденции (против медперсонала в частности). В этой фазе может сформироваться установка на активную борьбу.
3. Фаза переговоров и поиск компромисса сопровождается многочисленными просьбами к врачам. В этот период больные стараются изменить образ жизни, поведение.
4. Фаза депрессии связана с осознанием неизбежности своего положения, отличается преобладанием состояния угнетенности, необычной грусти, горечи, безрадостности.
5. Фаза адаптации и примирения с судьбой сопровождается согласием жить «сколько отпущено», готовностью спокойно («в мире и достоинстве») встретить смерть.

Удельный вес отдельных стадий различается с учетом личностных особенностей. Для медработников и психотерапевтов важно определить, где именно находится больной в своем кризисе. Имеются данные, что и в случае «позитивного» исхода терапии на катамнестическом этапе у большинства больных отмечается многолетняя депрессия. И только после завершения пятилетнего периода (на протяжении которого ожидается рецидив) чувство страха уменьшается, уверенность возрастает.

По данным А. Sellschopp (1990), для социальной реабилитации важную роль играют такие социальные факторы как профессиональная стабильность, постоянство взаимоотношений, улучшающие качество жизни онкологических больных, перспективы выживания.

Кроме того, при построении реабилитационных мероприятий на этом этапе следует учитывать индивидуальную систему семьи и семейных отношений. Должно стать правилом наблюдение и лечение не только самого больного, но и «пациента-семьи» (Gutter, Luban-Plozza, 1978). Родные часто страдают от чувства вины и бессилия. Психотерапевтические сеансы могут действовать на них успокаивающе и предотвращать хронификацию этих чувств. Следует учитывать, что при работе с онкологическими больными имеется тенденция к чрезмерному информированию родственников и недостаточному пациентов. Согласно современным представлениям считается, что родственники должны находиться на том же уровне владения информацией, что и больной (Baltrusch, 1991).

Учитывая, что для онкологического больного характерно ощущение «покинутости», надо проявлять простую человеческую отзывчивость, навещать и общаться с ним. При беседе следует учитывать, что речь умирающего часто бывает символичной, необходимо расшифровывать смысл используемых символов. Надо заботливо удовлетворять потребности больного, при этом поощрять любые проявления его самостоятельности. Медработникам рекомендуется большая ответственность в разговоре с больным об ухудшении их состояния или на тему смерти. Консультанту или врачу следует квалифицированно (с учетом психического состояния) разобраться в желаниях умирающего и связанных со смертью фантазиях и страхах. В рамках психотерапевтического подхода с некоторыми больными можно обсудить проблему страха перед смертью. При этом пациент не всегда хорошо прогнозирует собственную реакцию на жесткую правду. Следовательно, когда пациент категорически требует сказать, сколько ему осталось жить, представляя самые разные, нередко достаточно рациональные аргументы, медработник должен стараться понять, почувствовать, что скрыто за этими словами. Иногда требование больного носит скорее формальный характер, а точный ответ может усилить чувство безнадежности и отчаяния. Вместе с тем следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает недоверие и подозрительность. Когда медработники начинают говорить о том, что все будет хорошо и пациент выздоровеет, может возрасти уровень тревоги, и часто такие «игры» становятся для пациента признаком полной безнадежности его состояния. Умирающий человек способен понять свое положение, наступает период, когда он начинает искать возможности поговорить о своей болезни, собственном негодовании о том, что он потеряет вместе с жизнью и приближении смерти с теми, кто выслушивает его без поверхностных попыток утешить.

Можно определенно сказать, что пациенты более молодого возраста (моложе 40 лет) обнаруживают более тяжелые психогении, нежели лица старшего и в особенности старческого

возраста. Глубина психогенных реакций выявляет также положительную корреляцию с уровнем образования и общей осведомленности.

Следует подчеркнуть, что, вопреки распространенному мнению, манифестации онкологического заболевания не всегда приводят к жизненному кризису, существенной дезадаптации и появлению психических нарушений. Вместе с тем, клинко-эпидемиологические исследования показывают, что среди более выраженных психических нарушений значительный удельный вес занимают невротические (астено-невротические, тревожно-фобические и соматоформные расстройства), аффективные расстройства (по типу апатических, тревожных, ипохондрических или маскированных депрессий) и реакции типа посттравматического стрессорного расстройства (Галиуллина С.Д. и др., 2000; Алясова и др., 2002; Whooley, M.A., Simon G.E., 2000; Derogatis L.R. и др., 1983). Следует подчеркнуть, что в ряде случаев психические расстройства формируются на фоне химиолучевой терапии.

При благоприятных вариантах длительность психологических реакций и пограничных психических расстройств непродолжительная – от 1-2-х недель до 2-4 месяцев. При менее благоприятных вариантах расстройства могут принимать затяжной характер и сопровождаются патологическим развитием личности, характерным для больных с онкологической патологией (по типу хронической депрессии, истероформный, ипохондрический, сенситивный, эксплозивный, «синдром патологического отрицания болезни» и др.).

Гораздо реже обнаруживаются сопрявляющиеся с онкологической патологией более тяжелые варианты психических расстройств из круга эндогенных аффективных нарушений, шизофрении, сосудисто-атрофических заболеваний головного мозга. Тяжелые варианты онкопатологии с выраженными интоксикационными нарушениями могут проявляться соматогенными психическими расстройствами, т.е. для которых соматическая патология является ведущим этиопатогенетическим фактором. К этой группе в основном относятся расстройства с помрачением сознания (оглушение, делирий, в т.ч. «тихий делирий», и онейроидоподобный психозы), а также психорганические синдромы, сопровождающиеся рассеянностью, затруднениями сосредоточения, ухудшением памяти (Крант М.Дж, Рой Ф.Ф., 1985). В последние десятилетия увеличилось число непсихотических соматогенных расстройств (тревно-депрессивных, депрессивно-бредовых состояний и пр.).

С учетом данных о распространенности психологических и психических расстройств, а также их влияния на лечебно-реабилитационный процесс важным направлением работы с онкологическими больными является профилактика и коррекция психологических нарушений, психических и поведенческих расстройств, возникающих в продромальном, клинически очерченном и терминальном периодах. Психические расстройства могут развиваться на этапе предоперационной подготовки, в послеоперационный период, в течение проведения химиолучевой терапии. В связи с этим возникает необходимость проведения

комплексного клинико-диагностического обследования с помощью специальных шкал и опросников, позволяющих определить:

1. Личностно-типологические особенности пациента.
2. Особенности внутренней картины болезни.
3. Динамику психоэмоционального состояния пациента в ходе лечения.
4. Уязвимость к психическим расстройствам.
4. Эффективность медико-психологической реабилитации.
5. Проблемы прогноза и адаптации пациента.

Правильный подбор психологических методик и тестов осуществляется специалистами, как правило, на основании клинического интервью, анализа личностной истории, сбора семейного и медицинского анамнеза пациента, клинических задач и заключений врачей других специальностей (Марилова Т.Ю., 1984; Ввозный Э.К., Малова Ю.В., 1999).

Изучение системы ценностей онкологических больных показало их значительную перестройку, которая заключается в сужении круга интересов больного, отказе от осуществления некоторых жизненных планов, требующих значительных усилий и рассчитанных на длительное время (Демин Е.В. и др., 1990; Колосов А.Е., 1994). Вместе с тем, больные начинают придавать большое значение ранее несущественным для них мелочам повседневной жизни. У некоторых больных ценностные ориентации полностью замыкаются в кругу их болезни и её лечения. Считается, что к основным факторам, препятствующим более полной адаптации больного, относятся:

- неадекватная внутренняя картина болезни;
- тревога, агрессия, депрессия;
- отсутствие мотивации на лечение, возвращение к труду;
- нарушения когнитивной сферы;
- малая информированность в отношении природы заболевания и возможностей лечения;
- неадекватные убеждения пациента, мешающие процессу выздоровления и адаптации.

Для больных с выраженными психологическими и психическими нарушениями необходима организация психотерапевтической помощи. Среди наиболее часто применяемых методов можно отметить Рациональную психотерапию, Краткосрочную позитивную психотерапию, Экзистенциальную терапию, Интегративную терапию, Нейролингвистическое программирование, Трансовую психотерапию, Психоанализ и др. (Redd W., 1993, Малкина-Пых И.Г., 2003). Психотерапевтические техники позволяют более адекватно оценить значение предшествующих и актуальных психотравмирующих событий, свою роль в возникновении заболевания, преодолеть боль, негативные переживания, связанные с болезнью, и накопленные в течение жизни (затаенные обиды), выделить преимущества заболевания

(вторичную выгоду, например, болезнь дает возможность вести себя по-другому, более свободно), изменить нерациональные установки, выделить важные цели, мобилизовать внутренние силы организма, снизить страх рецидива и смерти, создавать новые перспективы вне болезни. Одним из общих свойств любой формы психотерапии является выделение ступеней или шагов: установление контакта и активное участие пациента в психотерапевтическом процессе; определение и выбор конкретной психотерапевтической задачи (симптоматика, конфликт, самооценка и др.); изменение прежних дезадаптивных способов восприятия, переживания и поведения.

В последние десятилетия для онкологических больных разрабатываются и внедряются в практику психотропные препараты нового поколения (Личиницер М.Р., 2000; Ascbury F.D. и др., 2003; Holland J.C., и др., 1998). Следует отметить, что риск применения психофармакотерапии (ПФТ) в онкологической клинике преувеличен, и рекомендуемые в настоящее время средства имеют свойства «идеального» препарата. Согласно требованиям, предъявляемым к психотропным препаратам в онкологии, на первый план выходит не мощность воздействия, а переносимость, безопасность, простота применения, особенности лекарственного взаимодействия соматотропных и психотропных средств. Польза от проводимой терапии всегда должна превосходить риск, связанный с изменением фармакокинетических показателей и усиления токсичности соматотропных препаратов, особенно у больных пожилого возраста. До начала ПФТ пациент должен быть информирован о возможных побочных эффектах. Важным преимуществом является отсутствие или минимальность психологической и физической зависимости, а также синдрома отмены после прекращения. Выбор препарата определяется шириной спектра действия (поливалентностью) с учетом нозологий, синдромов, спектра «общих симптомов», тяжести соматической патологии и психических расстройств, наличием актуальной психотравмирующей ситуации. При построении конкретной программы в обще-медицинской сети используется принцип «минимальной достаточности» (Мосолов С.Н., 1995), согласно которому обоснованным представляется назначение не более 1-2 препаратов. Такая схема не нарушает привычного ритма жизни и не препятствует повседневной деятельности.

В общей медицинской практике используются психотропные препараты 4 важнейших классов: транквилизаторы, антидепрессанты, атипичные антипсихотики, нормотимики. В каждой из отмеченных 4 групп продолжают появляться новые поколения психотропных средств. Известно, что некоторые из этих препаратов помимо основного (психотропного) обладают и дополнительными эффектами, купирующими соматические нарушения (обезболивающим, соматовегетостабилизирующим, эндокринно-обменным, миорелаксирующим, седативным, антиабстинентным, антидиуретический, противоязвенным, антибулимическим и пр.).

При легких психических нарушениях с инсомнией (бессонницей), неврастенической, тревожно-фобической, аффективной симптоматикой наиболее часто используются

противотревожные средства из группы высокопотенциальных транквилизаторов бензодиазепинового ряда (альзолам (ксанакс), лоразепам (лорафен, трапекс, мерлит), диазепам (реланиум, сибазон), клоназепам, нитразепам (радедорм) и пр.). Достаточно часто их вводят в схему лечения пациентов со стрессорными реакциями (при повышенной напряженности, лабильности аффекта, вегетативной дисфункции, инсомнии и другими дезадаптивными проявлениями). В последние годы в онкологии все чаще применяются щадящие антидепрессанты (азафен, пиразидол, тианептин-коаксил; милнаципран-иксел, мirtазапин-ремерон, пароксетин-паксил). Препараты используются при широком круге депрессий (ситуационных, невротических, соматогенных, эндогенноморфных, связанных с репродуктивным циклом у женщин). Антидепрессанты этого круга оказались достаточно эффективны при тревожно-фобических и соматизированных расстройствах (болевых, соматовегетативных нарушениях). Как показано в многочисленных исследованиях, они не обладают кардиотоксичностью, гепатотоксичностью, нефротоксичностью, не имеют судорожного эффекта, минимально влияют на изменение веса тела, не обладают «поведенческой токсичностью». Несмотря на широту показаний и безопасность новых антидепрессантов, следует помнить, что применять их следует с осторожностью, особенно у лиц с проявлениями выраженной интоксикации, энцефалопатией и/или получающих длительную комбинированную терапию препаратами разных классов.

При выраженных расстройствах сна в первые дни купирования назначаются снотворные препараты на короткий срок. При выраженных депрессиях (с тоской, тревогой, апатией) с суицидальной идеацией возникает необходимость парентерального или перорального назначения традиционных трициклических (амитриптилин, кломипрамин-анафранил, имипрамин-мелипрамин) и тетрациклических антидепрессантов (мапротилин-лудиомил, пиразидол). Следует подчеркнуть необходимость медленного (в течение 4-7 дней) наращивания терапевтической дозы, но при этом важно доводить ее до оптимальной дозы – 75-100 мг/сут (или даже 150 мг/сут). При стойких психосоматических расстройствах (хронический болевой синдром, ипохондрическое развитие), нозогенных реакциях с выраженными патохарактерологическими и бредовыми нарушениями, обострении коморбидной соматической патологии шизофрении используются комбинации антидепрессантов с препаратами, имеющими более мощное психотропное действие, – «малыми» нейролептиками или атипичными антипсихотиками последних поколений (зипразидон-зелдокс, рисперидон-рисполепт, флупентиксол-флюанксол, сероквель-кветиапин, оланзапин-зипрекса). Особое внимание в настоящее время уделяется взаимодействию соматотропных и психотропных средств. При этом считается, что результаты таких интеракций могут носить как терапевтически желательный, так и неблагоприятный эффекты. В результате одновременного назначения препаратов может заметно усиливаться терапевтическая активность одного или некоторых из них.

Таким образом, субъективное восприятие заболевания и успешности проведенной терапии и реабилитации во многом зависит от целого ряда факторов, включая индивидуальную форму реагирования. В связи с этим целесообразно разрабатывать программу реабилитации индивидуально для каждого пациента с учетом не только диагноза, стадии заболевания, общего состояния и возраста, но и личностных особенностей, предрасположенности к психическим расстройствам, уровня образования, профессии, трудовой направленности, уровня социальных условий, дезадаптации семейных отношений.