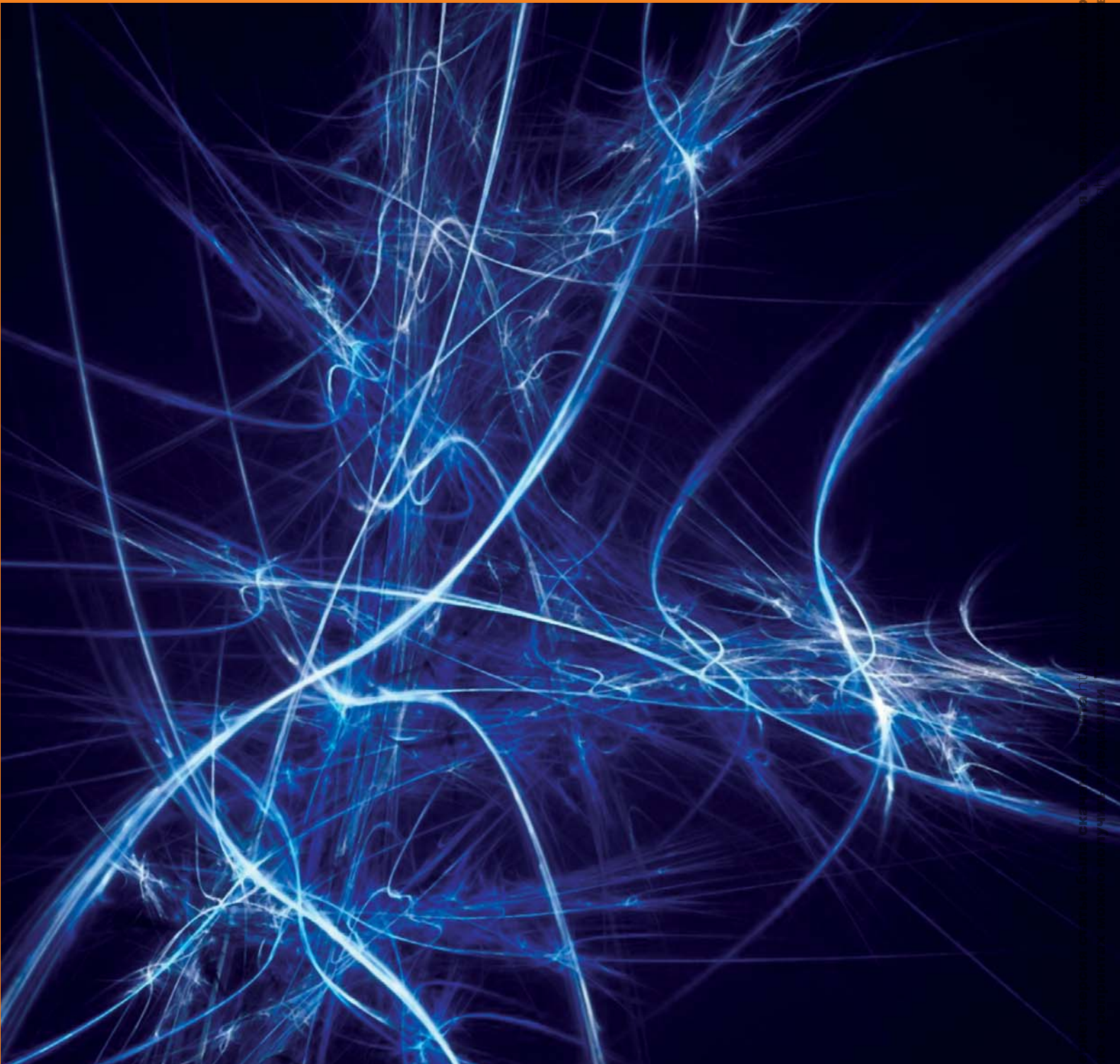


АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2015 • Том 9 • № 2

во ИРБИС. Все права охраняются.



OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

ISSN 2313-7347

2015 Vol. 9 No 2

www.gyn.su

Данная информация является частью базы данных ИРБИС. Все права охраняются.

ПЕРСПЕКТИВЫ И РЕАЛИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Солопова А.Г.^{1,2}, Табакман Ю.Ю.², Воробьев А.В.¹, Идрисова Л.Э.²

¹ ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

² Онкологический клинический диспансер №1 Департамента здравоохранения г. Москвы

Резюме

Совершенствование методов комбинированного, лучевого и лекарственного лечения злокачественных новообразований позволило улучшить результаты выживаемости больных, на фоне чего очень важной становится задача медицинской и социальной реабилитации больных. Учитывая психосоматические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями, в рамках реабилитации таких больных должна проводиться общая пациент-ориентированная медицинская работа, одним из необходимых звеньев которой является индивидуальная и групповая психотерапия. Важным аспектом реабилитации онкологических больных репродуктивного возраста является сохранение или восстановление репродуктивной и сексуальной функции после лечения основного заболевания. Отдельно в программе реабилитации онкологических больных стоит вопрос паллиативной помощи incurable онкологическим больным.

Ключевые слова

Клиническая онкология, реабилитация онкологических больных, качество жизни, индивидуальная и групповая психотерапия, физиотерапия в онкологии.

Статья поступила: 12.05.2015 г.; в доработанном виде: 15.06.2015 г.; принята к печати: 22.06.2015 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Воробьев А.В., Идрисова Л.Э. Перспективы и реалии реабилитации онкологических больных. Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 2: 80-88.

POSSIBILITIES AND REALITIES OF REHABILITATION IN CANCER PATIENTS

Solopova A.G.^{1,2}, Tabakman Yu.Yu.¹, Vorob'ev A.V.², Idrisova L.E.¹

¹ First Moscow State Medical Sechenov University of the Ministry of Health Russian Federation

² Cancer clinical dispensary №1 Department of Health of Moscow

Summary

Development of methods of combined, radiation and medication therapy of malignant tumors has improved the results of survival, background of what is becoming a very important task of medical and social rehabilitation of patients. Considering psychosomatic features of cancer patients, in the framework of the rehabilitation of such patients should be performed overall patient-oriented medical work, one of the essential parts of which are individual and group psychotherapy. An important aspect of rehabilitation of cancer patients in reproductive age is the preservation or restoration of reproductive and sexual function after treatment of the underlying disease. Separately, in a program of rehabilitation of cancer patients is the question of palliative care for incurable cancer patients.

Key words

Clinical oncology, rehabilitation of cancer patients, quality of life, individual and group psychotherapy, physiotherapy in oncology.

Received: 12.05.2015; **in the revised form:** 15.06.2015; **accepted:** 22.06.2015.

Conflict of interests

The authors declared that they do not have anything to disclosure regarding funding or conflict of interests with respect to this manuscript.

All authors contributed equally to this article.

For citation

Solopova A.G., Tabakman Yu.Yu., Vorob'ev A.V., Idrisova L.E. Possibilities and realities of rehabilitation in cancer patients. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2015; 2: 80-88 (in Russian).

Corresponding author

Address: ul. Zemlyanoy Val, 62, p. 1, Moscow, Russia, 109004.
E-mail address: antoninasolopova@yandex.ru (Solopova A.G.).

В настоящее время сложилось значительное противоречие между расширяющимися возможностями по оказанию помощи онкологическим больным и отсутствием последующей социальной и медицинской реабилитации этих больных, что может быть обеспечено только в условиях взаимодействия врачей, социальных работников, медицинских психологов и других специалистов [4,24]. Применяемые инвазивные методы диагностики, многоэтапный характер лечения, а также многочисленные неблагоприятные последствия, наблюдающиеся у онкологических больных, обуславливают значительную актуальность реабилитационных мероприятий. Тяжесть состояния в первую очередь определяют выраженные анатомо-функциональные нарушения, разнообразные иммунологические и метаболические расстройства, тяжелый психологический стресс, стигматизация, нарушение социального функционирования и качества жизни, временная и стойкая утрата трудоспособности. Несмотря на наличие позитивных сдвигов в решении данной проблемы, наблюдается несогласованность медицинской и социальной моделей в выработке общей концепции помощи пациентам. В настоящее время онкологический больной рассматривается исключительно как пациент, его трудности соотносятся только с особенностями его болезни. Пациенты при таком подходе являются пассивными участниками лечебного процесса и не участвуют в принятии решений, что в значительной степени ограничивает позитивный потенциал больного в процессе лечения и реабилитации.

С определенной долей условности реабилитацию подразделяют на медицинскую, социальную, профессиональную. Реабилитация – завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего, в плане восстановления личностного и социального статуса больного.

В соответствии с концепцией системного подхода целью реабилитации является интеграция больного в общество. Выделяются следующие основные направления, по которым должны реализовываться реабилитационные мероприятия:

- предупреждение прогрессирования патологического процесса и восстановление здоровья пациентов;
- социальное и психосоциальное восстановление личности;
- раннее возвращение индивида к трудовой деятельности;
- создание необходимых условий для успешной интеграции больных и инвалидов в общество с учетом уровня качества жизни;

Совершенствование методов комбинированного, лучевого и лекарственного лечения злокачественных новообразований позволило улучшить результаты выживаемости больных, на фоне чего очень важной становится задача медицинской и социальной реабилитации больных [4,5,12,28,30].

Под термином реабилитация в медицинской практике следует понимать комплексную, многоуровневую и динамическую систему взаимосвязанных действий, направленных на восстановление человека в его социальном статусе, правах, психическом и физическом здоровье, дееспособности, включающую аспекты профилактики и коррекции отклонений в поведении и различных видах деятельности [4,6]. Состояние, порождаемое возникновением онкологического заболевания – это в подавляющем большинстве случаев близкое к предельному нервное психическое напряжение с многочисленными психологическими проявлениями. У больных развивается боязнь тяжелых страданий, рецидива заболевания и предопределенности скорого смертельного исхода, опасение инвалидности, состояния острого, хронического или обострившегося одиночества,

как проявления хронического психосоматического стресса.

Для оценки степени психической дезадаптации часто используется оценка по Миннесотскому многопрофильному личностному опроснику (MMPI) S.R. Hathaway. Зачастую больные злокачественными новообразованиями характеризуются невротическим уклоном, значительным преобладанием показателей по шкалам невротической триады, выраженными пиками 1-й (ипохондрия, соматизация тревоги) и 3-й (истерия, эмоциональная лабильность) шкал, равно как и по 2-й (тревога, депрессия) шкале, а также существенным подъемом по шкале «0» (социальная дезадаптация) и выраженным снижением профиля по 9-й шкале (гипомания) [9,10,27]. Компоненты боли, уровень депрессии и ситуационной тревожности достаточно выражены у пациентов после операции, что, в свою очередь, приводит к ухудшению самоконтроля над ситуацией, более низкой оценке участия окружающих в сложившейся ситуации. В отдаленный послеоперационный период характерна дисгармоничность межличностных отношений, которая усиливает социальную дезадаптацию больных. При первичном осмотре психическое состояние онкологических больных чаще всего характеризуется сниженным фоном настроения, тревожностью, бессилием, потерей аппетита, плохой способностью к концентрации внимания, соматическим истощением. Больные знают о своем заболевании, но лишь немногие могут открыто говорить о болезни, связывать с ней ухудшение физического состояния. В разговоре пациенты избегают слов «рак», «метастазы», «раковые клетки». Высказывают недоумение по поводу соматических симптомов, болезненных ощущений, связанных с наличием и ростом опухоли.

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, недостаточно разработанные 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.

При объективном обследовании мы выделяем восемь вариантов психопатологических синдромов [9,10,17]: астеноипохондрический, астенодепрессивный, тревожно-ипохондрический, дисфорический, апатико-абулический, тревожно-депрессивный, эйфорический, деперсонализационно-дереализационный. При проведении психотерапевтических мероприятий

на первый план выступает установление контакта с больным. Важно оценить, как сам пациент понимает свои проблемы, и предоставить ему возможность задавать вопросы, говорить и обсуждать его страхи. Больным часто необходимо выговориться, так как это помогает уменьшить ощущение изоляции и одиночества, непонимания окружающих, снизить внутреннее напряжение. Общение с пациентом становилось более эффективным при использовании групповой терапии.

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». 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 [10,12,27].

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. 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 ее лечения.

Описано пять идеально-типических фаз процесса, которые могут быть пройдены онкологическим больным: нежелание знать и изоляция, гнев и отвергание, фаза переговоров, депрессия, примирение с судьбой [9,10,16]. При построении психотерапевтических программ важно знать, какую фазу процесса проходит больной в настоящее время. Несмотря на то, что следует уважать защитные реакции больного, чрезмерное следование защитным тенденциям больного и совместное отрицание болезни могут вести к разрыву коммуникаций с врачом и семьей. Одна из задач психотерапии – помочь больному человеку правильно ориентироваться в новой реальности.

При проведении психотерапии необходимо учитывать индивидуальную систему семьи и внутрисемейных отношений для применения семейной групповой коррекции [9,10,16,17]. В соответствии с этим психотерапия проводится в следующих направлениях:

1. Работа по преодолению боли.
2. Осознание новой социальной роли.
3. Переоценка семейных отношений, отношений с близкими, друзьями.
4. Позитивная оценка жизненных достижений и стремлений.

5. Работа с родственниками.

Одновременно применяются следующие меры поддерживающей психотерапии [5]:

1. Выработка положительного переноса в рамках стабильных отношений с врачом.

2. Обеспечение постоянной доступности врача в случае необходимости.

3. Использование возможностей для вербализации вторично-ипохондрических представлений, чувств и фрустрационной агрессии больного.

4. Дополняющая психологическая поддержка программы соматической терапии.

5. Усилие в направлении «третьей действительности», то есть иррациональности, религии.

Количество проводимых психотерапевтических сеансов колеблется от 10 до 15. Эффективность психотерапии определяется редукцией психопатологической симптоматики: от уменьшения глубины психопатологических реакций до полного их исчезновения. Анализ результатов психотерапевтического лечения у наблюдаемых больных показал улучшение их психического состояния в течение 2-4 нед.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у онкологических больных наряду с соматическими проявлениями имеются и нервно-психические нарушения, которые могут осложнять физические расстройства и утяжелять течение онкологического заболевания. Учитывая соматопсихические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями, в рамках реабилитации таких больных должна проводиться общая пациент-ориентированная медицинская работа, одним из необходимых звеньев которой является индивидуальная и групповая психотерапия.

Для составления конкретного плана реабилитационных мероприятий следует максимально точно представлять цели реабилитации:

Восстановительную, когда предполагается выздоровление без значительной потери трудоспособности.

Поддерживающую, когда болезнь заканчивается потерей трудоспособности.

Паллиативную, когда при прогрессировании заболевания можно предупредить развитие некоторых осложнений.

Программа восстановительного лечения предусмотрена индивидуально для каждого больного, в зависимости от общего состояния, пола, возраста, стадии развития опухоли и ее локализации, гистологического строения, предполагаемых методов лечения, наличия метастазов, прогноза, состояния нервно-психической сферы больного, социального окружения.

Физические факторы имеют большое значение в профилактике различных заболеваний, лечении и реабилитации больных, однако традиционно считалось, что физиотерапия абсолютно противопоказана при онкологических заболеваниях. В 1966 г. в отделении восстановительного лечения РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН под руководством профессора В.Н. Гера-

сименко в реабилитации онкологических больных была впервые использована физиотерапия [6], что позволило доказать эффективность мер физического воздействия в реабилитации этих больных.

На этапах, связанных с операцией, отмечается еще одна закономерность – прямая зависимость между степенью объемов вмешательства, определяемой местом поражения, и выраженностью эмоциональных расстройств [4,13,21]. Так, у больных с экстирпацией прямой кишки имеются более тяжелые реакции, чем у больных с резекцией желудка. Больные оказываются психологически неподготовленными к операции и ее хирургическим последствиям, жизнедеятельности со stomой. Для пациентов с послеоперационными стомами характерно снижение самооценки, эмоциональная нестабильность, высокий уровень аутоагрессии, социальная дезадаптация. Пациенты с противоположными 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-за опасности 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.

Одним из осложнений радикального хирургического лечения является отек верхних конечностей. Он возникает в 10-46% случаев после радикальной мастэктомии и в 58-87% случаев после радикальной мастэктомии в сочетании с лучевой терапией, причем в 17% случаев встречается тяжелый отек [7]. Более чем в 90% случаев наблюдается нарушение венозного оттока в подмышечной и/или подключичной венах, что связано с лучевой терапией, развитием рубцов, сдавливающих сосудисто-нервный пучок, флеботромбозом. В таких случаях используется пневматическая компрессия отека конечности, электростимуляция мышц плечевого пояса на стороне операции и спины, массаж, лечебная гимнастика. Проведение 3-5 курсов данного комплекса позволяет добиться уменьшения избыточного объема отека конечности для всех степеней отека в среднем на 75%. У большинства больных исчезает болевой синдром, восстанавливаются кожная чувствительность и рефлекторная сфера, повышается тонус мышц плечевого пояса, возрастает подвижность в плечевом суставе (в среднем на 30-40%).

При метастатических поражениях позвоночника, сочетающихся с вовлечением в процесс спинного мозга, часто возникают двигательные (парезы и параличи), чувствительные, тазовые и трофические нарушения. При этом прогрессирование неврологических нарушений от корешкового болевого синдрома до развития глубоких парезов и параплегии ограничено несколькими месяцами. Для повышения эффективности оперативного вмешательства, сокращения сроков реабилитаций и быстрого возвращения больных к полноценному активному образу жизни после периода длительной гипокинезии проводится массаж, лечебная гимнастика и электростимуляция мышц конечностей, кишечника и мочевого пузыря, промежности и сфинктеров прямой кишки. Электростимуляция – эффективный и недорогостоящий метод, требующий минимальных энергетических затрат на восстановление сократительной функции мышц, их трофики и кровоснабжения, а также чувствительности и проводимости нервно-мышечных структур.

Важным аспектом реабилитации онкологических больных репродуктивного возраста является сохранение или восстановление репродуктивной и сексуальной функции после лечения основного заболевания [13,19,20,22]. Лечение онкологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста зачастую может приводить либо к стерилизации, либо к снижению овариального резерва и преждевременной менопаузе в будущем. Исход во многом зависит от возраста пациентки и ее овариального резерва до начала лечения, типа проведенной терапии, выбранных схем лечения (доз радиации и цитостатиков), а также локализации и распространенности опухоли [13,20,22]. Если пациентка потенциально заинтересована в беременности и рождении ребенка, а также в сохранении гормонпродуцирующей функции яичников, необходимо еще на стадии назначения основного лечения обсудить методы возможного сохранения репродуктивной способности в виде проведения органосохраняющего хирургического лечения, выбора менее гонадотоксичной схемы химиотерапии, защиты яичников от эффектов лучевой терапии или сохранения генетического материала для последующего его использования.

Криоконсервации могут подвергаться сперма, ооциты, ткани яичников и яичек, эмбрионов. Криоконсервация спермы в жидком азоте давно используется для лечения бесплодия. Криоконсервированная сперма может храниться десятилетиями. Появление ИКСИ сделало целесообразным проводить криоконсервацию биоптатов яичка с тем, чтобы можно было в дальнейшем использовать содержащиеся в биоптате единичные сперматозоиды. Широко применяется криоконсервация эмбрионов в случае получения их достаточного количества. После размораживания выживают около 80% эмбрионов, а частота наступления беременности после их переноса хотя и ниже, чем после переноса свежих, но сравнительно высокая (15-20%). В отсутствие противопоказаний к стимуля-

ции овуляции у онкологических пациенток обсуждается целесообразность заблаговременной криоконсервации эмбрионов до начала лечения. В одном цикле стимуляции овуляции может быть заморожено около 5-10 эмбрионов.

Недостатком метода криоконсервации эмбрионов у онкологических пациентов следует признать необходимость проведения медикаментозной стимуляции яичников для получения нескольких ооцитов, что может быть противопоказано при некоторых гормонозависимых или просто быстро развивающихся опухолях. Консервация достаточного числа эмбрионов (10-20) также требует иногда двух или трех циклов стимуляции овуляции, что занимает 2-3 месяца и отодвигает начало противоопухолевой терапии. В то же время криоконсервация эмбрионов на сегодняшний день – единственный хорошо отработанный и доступный метод сохранения генетического материала при онкологических заболеваниях у женщин.

Основная стратегия репродуктивной помощи онкологическим пациентам до противоопухолевого лечения заключается в тезисе «Замораживаем все, что можно заморозить». Методы криоконсервации позволяют в будущем иметь генетически родное потомство без применения донорских гамет. Другая важная стратегия предполагает проведение максимально щадящей для репродуктивных органов терапии без уменьшения минимально необходимого объема хирургического, химио- и радиотерапевтического лечения. Основная стратегия помощи пациентам, уже перенесшим лечение онкологических заболеваний и не воспользовавшимся методами криоконсервации, заключается в привлечении донорских яйцеклеток, сперматозоидов, эмбрионов или суррогатных матерей [11,13,20,22].

Прогресс как онкологии, так и репродуктивной медицины привел к тому, что, с одной стороны, появилась проблема сохранения репродуктивной функции у пациентов, проходящих лечение по поводу онкологических заболеваний различных локализаций и стадий, а с другой – появились широкие возможности в рамках вспомогательных репродуктивных технологий. Имеется множество данных и накоплен опыт, свидетельствующий о безопасности и адекватности органосохраняющих операций у некоторых категорий онкологических больных, что сможет привести к более бережному подходу к репродуктивным органам во время онкологических операций. Информирование пациента о риске потери репродуктивной функции в результате лечения онкологического процесса представляется задачей врачей всех специальностей, работающих с онкологическими больными. Кроме таких ситуаций, как интактность репродуктивных органов, инкурабельность заболевания, нежелание в будущем иметь детей или дополнительный значительный риск для здоровья, пациенты должны быть хорошо информированы о перспективе сохранить возможность иметь детей, что позволяет улучшить моральное

состояние и поможет больным преодолеть травму, связанную с основным диагнозом. Как показывают социологические исследования, не менее 75% мужчин репродуктивного возраста, обращающихся в специализированные учреждения по поводу злокачественных заболеваний, хотели бы в будущем иметь детей. Но при традиционных протоколах лечения только 20-50% пациентов, перенесших комбинированную противоопухолевую терапию, имеют достаточные для самопроизвольного зачатия сохраненные показатели сперматогенеза через 2-3 года [13,20,22].

В рамках сексуальной реабилитации одним из наиболее эффективных и перспективных мероприятий является реконструкция молочной железы, которая может выполняться как одномоментно с мастэктомией, так и отсрочено. При реконструкции могут быть использованы силиконовые имплантаты или собственные ткани, а также их комбинации. Разумеется, универсального метода, который с одинаковым успехом мог быть применен всем пациенткам, не существует. При выполнении реконструктивных операций основными задачами являются восстановление объема, формы и сосково-ареолярного комплекса молочной железы. Использование силиконовых имплантатов является наиболее популярным методом реконструкции, поскольку не требует больших временных затрат, не является сложной по хирургической технике, не вызывает значительной кровопотери, не требует использования дополнительных донорских тканей [13].

Отдельно в программе реабилитации онкологических больных стоит вопрос паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным, то есть больным, безнадежным в плане перспективы продолжительности жизни. Понятие паллиативной помощи включает в себя в первую очередь противоболевую терапию, а также борьбу с такими симптомами, как тошнота и рвота, запоры, слабость, плохой аппетит, одышка, депрессия. Немаловажное значение имеют также входящие в понятие паллиативной помощи психологические, социальные и духовные аспекты, причем это распространяется в равной мере как на больного, так и на членов его семьи. Паллиативную помощь следует рассматривать как комплекс мер, направленных на активную помощь онкологическим больным в тот период заболевания, когда все методы специфического противоопухолевого лечения исчерпаны на фоне прогрессирования опухолевого процесса.

Основной целью паллиативной помощи является повышение, насколько это возможно, качества жизни больного, а также членов его семьи. Паллиативная помощь онкологическим больным получила распространение в ряде стран Европы и Северной Америки и рассматривается как национальная политика или как программа, предусматривающая облегчение страданий и улучшение качества жизни онкологических больных в терминальной стадии заболевания. Психологически и эмоционально важной является уверен-

ность пациента и его семьи в том, что все проявления болезни, в том числе и боль, какой силы она бы ни была, могут контролироваться.

Немаловажное значение имеет и развитие самодисциплины у онкологических больных, особенно когда речь идет о противоболевой терапии: соблюдение принципа введения анальгетика «по часам», а не тогда, когда больной уже не имеет возможности терпеть боль, то есть «по потребности». При соблюдении этого принципа удается достичь большего противоболевого эффекта с затратой наименьшей суммарной дозы препарата. В большинстве случаев правильное применение анальгетиков позволяет обеспечить больному адекватное обезболивание до последних дней его жизни. Наш опыт показывает, что использование отмеченных выше методических подходов к лечению боли позволяет добиться снижения дозы суточного потребления анальгетиков.

Кроме того, ожидание боли вызывает страх и панику, больного пугает и когда он слышит диагноз «рак», который в большинстве случаев воспринимается как роковой диагноз. Интенсивный болевой синдром зачастую влечет за собой появление мыслей о самоубийстве или эвтаназии. Мысль о самоубийстве у онкологических больных может породить или отчаяние при известии о роковом диагнозе, или страх перед ожидаемой болью, или сама непереносимая боль. Но, несмотря на ощущение обреченности, такие больные хотят жить и надеются на любую оказываемую им помощь. Идея эвтаназии появляется когда, по мнению больного, все виды помощи исчерпаны, в том числе и адекватное обезболивание, но она появляется не только у больного, но и у родственников. С точки зрения больного, эвтаназия является добровольным, осознанным, хотя и вынужденным, актом. Это значит, что, борясь с тягостными для него симптомами, в нашем случае с болью, мы сможем улучшить состояние больного, то есть повысить качество жизни настолько, что мысль о самоубийстве, эвтаназии отходит на задний план или больной вместе с членами семьи расстается с этой мыслью.

Всемирной организацией здравоохранения разработаны специальные методики и подходы для лечения хронического болевого синдрома у онкологических больных в терминальной стадии заболевания. Соблюдение этих принципов, что показано как в наших исследованиях, так в исследованиях ряда ученых [1,2,3,24,29] позволяет достичь эффективного обезболивания у 80-90% больных. Методологические подходы к решению проблемы противоболевой помощи основаны на том, что каждый больной имеет право на избавление от боли, право на достаточно высокое качество и комфорт последних дней его жизни. Это право существует наравне с правом больного на установление диагноза и получение лечения.

В рамках общепринятых в России программ лечения онкологической больной, на которого были затрачены значительные средства для диагностики и лече-

ния, сталкивается в терминальной стадии заболевания с такой ситуацией, когда не может получить должного внимания и избавления от тягостных симптомов, в первую очередь от боли. Необходимые для этого затраты настолько мизерны, что несравнимы с таковыми на этапах диагностики и лечения. Однако особенности финансирования российского здравоохранения ставят в безвыходное положение онкологических больных в терминальной стадии заболевания [8,15,18]. Кроме того, значительное время не осуществлялся пересмотр противопоказаний для проведения реабилитационных мероприятий у онкологических больных, в то время как фактически таких противопоказаний вообще не должно быть.

На настоящий момент в список противопоказаний к реабилитации в условиях ОМС входят:

- тяжелое соматическое состояние, вследствие рецидива заболевания, метастазирования;
- наличие свищей, не заживающих ран, требующих перевязок;
- наличие кало- и мочеприемников;
- анемия ниже 90 г/л;
- недостаточность кровообращения выше II А-стадии;
- дыхательная недостаточность выше II степени;
- артериальная гипертензия III степени, кризовое течение;
- сахарный диабет (декомпенсированный, субкомпенсированный и тяжелое течение);
- тяжелое нарушение сердечного ритма и проводимости (пароксизмы мерцания и трепетание предсердий, возникающие дважды и чаще в месяц, пароксизмальная тахикардия с частотой приступов более двух раз в месяц, политопная и групповая желудочковая экстрасистолия, атрио-вентрикулярная блокада II и III степени полная блокада сердца;
- стенокардия IV функционального класса;
- нарушение мозгового кровообращения в острой или подострой стадии;
- общее противопоказание: острые инфекционные и венерические заболевания, психические заболевания, острая почечная или печеночная недостаточность, сопутствующие заболевания в стадии обострения или декомпенсации, или требующие хирургической помощи.

В программе паллиативной помощи необходимо использовать оставшиеся в распоряжении больного существенно лимитированные физические, психические и эмоциональные ресурсы. Как правило, последние месяцы жизни таких больных, если они пребывают не в стационаре, а дома, протекают в весьма тягостной обстановке, а ведь именно в этот период больной больше всего нуждается в достаточно многообразных формах паллиативной терапии. И повышая качество жизни такого больного, мы тем самым улучшаем качество жизни целой группы людей.

Объективное подтверждение терминального периода опухолевого процесса, когда возможно только симптоматическое лечение, – фактор, вызывающий у больного тяжелый эмоциональный стресс. У больного развиваются депрессия, бессонница, раздражительность, ощущение одиночества и непонимания со стороны окружающих [3,9]. Утрачивается интерес к внутрисемейным делам, к любимым прежде развлечениям, занятиям. Многие онкологические больные реагируют на болезнь выраженной регрессией своих витальных побуждений, они жалуются на полную внутреннюю опустошенность [9,25,26]. Коррекция нервно-психических нарушений, возникающих в терминальный период онкологического процесса, – одна из актуальных задач симптоматической терапии. Адекватный объем такого лечения облегчает проведение других лечебных мероприятий – борьбы с изнуряющим болевым синдромом, слабостью, расстройством питания, интоксикацией [2,27].

Из вышесказанного следует, что главной задачей паллиативной помощи является поддержка состояния благополучия, а иногда и улучшение общего самочувствия больного, находящегося в терминальной стадии заболевания. Паллиативная помощь и противоопухолевое лечение не взаимоисключают, а дополняют друг друга, повышая тем самым эффективность терапии. Элементы паллиативной помощи должны осуществляться с первых же дней лечения больного. Это повысит качество его жизни на всех этапах. Имея достаточную информацию о течении заболевания, врач и больной совместно могут выбрать рациональные пути борьбы с ним. И, конечно же, выбирая ту или иную тактику лечения онкологического больного, врач должен обязательно включать в нее наряду с противоопухолевым лечением элементы паллиативного, симптоматического лечения с обязательным учетом состояния больного, его социального, психологического и эмоционального статуса.

Таким образом, при планировании индивидуальной программы реабилитации, прогнозировании качества предстоящей жизни важно исходить из потребностей больного. Расширение определения и понятия реабилитации в корне изменяет отношение к процессу реабилитации в целом.

Программа реабилитации онкологических больных должна строиться с учетом возможностей и условий для реализации медицинских, социально-психологических качеств жизни личности данного больного, составляющих качественную определяющую личности пациента. Сохранение жизни и улучшение ее качества – наиболее важное и первостепенное направление реабилитации онкологического больного, которое во многом определяется адекватным и целенаправленным лечением основного заболевания и предупреждением прогрессирования опухолевого процесса, а также оказанием социальной, психосоциальной помощи и поддержки.

Литература:

- Барановский И.И., Зайдинер Б.М., Савина С.А. Об одной проблеме паллиативной помощи онкологическим больным. Паллиативная медицина и реабилитация. 2001; 3-4: 25.
- Брюзгин В.В. Паллиативная помощь онкологическим больным. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 1990; 1 (2): 59-61.
- Брюзгин В.В. К вопросу о повышении качества жизни онкологических больных в терминальной стадии заболевания. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 1997; 8 (2): 15-18.
- Великолуг А.Н., Великолуг Т.И. Междисциплинарный подход в комплексной реабилитации онкологических больных. Экология человека. 2005; 5: 49-51.
- Вязьмин А.М. Теория медико-социальной работы в онкологии. М. 2002; 28 с.
- Герасименко В.И., Артющенко Ю.В. Реабилитация онкологических больных. М. 1966; 272 с.
- Грушина Т.И. Физиотерапия в реабилитации онкологических больных. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2003; 14 (2): 31-35.
- Зеленова О.В., Русаков И.Г., Болотина Л.В., Данилова Т.В., Быстров С.В. Обзор экономических затрат на различные методы лечения больных раком предстательной железы и качества жизни на основе зарубежного опыта. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2010; 4: 35-40.
- Комкова Е.П., Кокорина Н.П., Магарилл Ю.А. Роль психотерапии в оказании паллиативной помощи онкологическим больным. Сибирский онкологический журнал. 2003; 2: 33-35.
- Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Угушев Е.В., Кононенко С.Н. Психотерапевтическая реабилитация онкологических больных. Паллиативная медицина и реабилитация. 1997; 2: 40-41.
- Материалы 64-го Ежегодного конгресса Американского Общества Репродуктивной Медицины (ASRM). Акушерство, гинекология и репродукция. 2009; 5: 4-5.
- Моисеев Е.И. Основные положения концепции социально-медицинской работы в онкологии. Социальные и психологические проблемы детской онкологии: Материалы I Всероссийской конференции с международным участием. М. 2000; 12-15.
- Новикова Е.Г., Чиссов В.И., Чулкова О.В. Органосохраняющее лечение в онкологии. М. 2000; 8-14. Новиков Г.А. Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным. М. 2004.
- Павлыш А.В., Колбин А.С., Касимова А.Р. Фармакоэкономический анализ применения оксалиплатина в химиотерапии колоректального рака. Данные реальной клинической практики. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2014; 3: 26-29.
- Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб. 2001; 126 с.
- Смулевич А.Б. Клиника и систематика депрессий у соматических больных. Русск. мед. журн. 1998; 2: 4-8.
- Сура М.В., Герасимова К.В., Омеляновский В.В., Авксентьева М.В. Дорожная карта развития систем ценового регулирования и лекарственного обеспечения населения за счет средств системы здравоохранения рф. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2014; 4: 19-28.
- Чулкова Е.А. Реабилитация репродуктивной функции онкологических больных молодого возраста после органосохраняющего лечения. Акушерство, гинекология и репродукция. 2010; 2: 26-27.
- Georgescu E.S., Goldberg J.M., du Plessis S.S., Agarwal A. Present and future fertility preservation strategies for female cancer patients. Obstet Gynecol Surv. 2008; 63 (11): 725-32.
- Gerdes N., Zwingmann C., Jäckel W.H. The system of rehabilitation in Germany. In: Research in Rehabilitation. Results from a research network in Southwest Germany. Stuttgart. 2006; 3-19.
- Gurgan T., Salman C., Demiro A. Pregnancy and assisted reproduction techniques in men and women after cancer treatment. Placenta. 2008; 29 (Suppl B): 152-9.
- Hoybye M.T., Dalton S.O., Christensen J., Larsen K.R., Kuhn K.G., Jensen J.N. et al. Research in Danish cancer Rehabilitation: Social characteristics and late effects among cancer patients in the FOCARE research project. Acta Oncol. 2008; 47: 47-55.
- Johansen C. Rehabilitation of cancer patients – research perspectives. Acta Oncol. 2007; 46: 441-445.
- Korstjens I., May A.M., van Weert E., Mesters I., Tan F., Ros W.J. et al. Quality of life after self-management cancer rehabilitation: A randomized controlled trial comparing physical and cognitive-behavioral training versus physical training. Psychosom Med. 2008; 70: 422-9.
- Petersson L.M., Nordin K., Glimelius B., Brekkan E., Sjöden P.O., Berglund G. Differential effects of cancer rehabilitation depending on diagnosis and patients cognitive coping style. Psychosom Med. 2002; 64: 971-80.
- Strong V., Waters R., Hibberd C., Rush R., Cargill A., Storey D. et al. Emotional distress in cancer patients: The Edinburgh Cancer Centre symptom study. Br J Cancer. 2007; 96: 868-74.
- Taskila T., Lindbohm M. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. Acta Oncol. 2007; 46: 446-451.
- Teichmann J.V. Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmassnahmen. Rehabilitation (Stuttg). 2002; 41: 53-63.
- White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. J Rehabil Med. 2007; 45: 6-47.

References:

- Baranovskii I.I., Zaidiner B.M., Savina S.A. Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya. 2001; 3-4: 25.
- Bryuzgin V.V. Vestnik RONTs im. N.N. Blokhina RAMN. 1990; 1 (2): 59-61.
- Bryuzgin V.V. Vestnik RONTs im. N.N. Blokhina RAMN. 1997; 8 (2): 15-18.
- Velikolug A.N., Velikolug T.I. Ekologiya cheloveka. 2005; 5: 49-51.
- Vyaz'min A.M. The theory of medical and social work in oncology [Teoriya mediko-sotsial'noi raboty v onkologii. (In Russian)]. Moscow. 2002; 28 s.
- Gerasimenko V.I., Artyushchenko Yu.V. Rehabilitation of cancer patients [Reabilitatsiya onkologicheskikh bol'nykh. (In Russian)]. Moscow. 1966; 272 s.
- Grushina T.I. Vestnik RONTs im. N. N. Blokhina RAMN. 2003; 14 (2): 31-35.
- Zelenova O.V., Rusakov I.G., Bolotina L.V., Danilova T.V., Bystrov S.V. FARMAKOEKO-
- NOMIKA. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya / PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology. 2010; 4: 35-40.
- Komkova E.P., Kokorina N.P., Magarill Yu.A. Sibirskii onkologicheskii zhurnal. 2003; 2: 33-35.
- Lopatin A.A., Kokorina N.P., Ugushev E.V., Kononenko S.N. Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya. 1997; 2: 40-41.
- Proceedings of the 64th Annual Congress of the American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya/Obstetrics, gynecology and reproduction. 2009; 5: 4-5. (In Russian).
- Moiseenko E.I. Basic concept of the socio-medical work in oncology. Social and psychological problems of children's oncology: Materials of I All-Russian conference with international participation [Osnovnye polozheniya kontseptsii sotsial'no-meditsinskoi raboty v onkologii. Sotsial'nye i psikhologicheskie problemy detskoi onkologii: Materialy I Vserossiiskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. (In Russian)]. Moscow. 2000; 12-15.
- Novikova E.G., Chissov V.I., Chulkova O.V. Conserving therapy in oncology [Organosokhranyayushchee lechenie v onkologii. (In Russian)]. Moscow. 2000; 8-13.
- Novikov G.A. Practical guide to palliative care to cancer patients [Prakticheskoe rukovodstvo po palliativnoi pomoshchi onkologicheskim bol'nyim (In Russian)]. Moscow. 2004.
- Pavlysh A.V., Kolbin A.S., Kasmimova A.R. FARMAKOEKOONOMIKA. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya / PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology. 2014; 3: 26-29.
- Saimonton K., Saimonton S. Psychotherapy cancer [Psikhoterapiya raka. (In Russian)]. Spb. 2001; 126 s.

17. Smulevich A.B. *Russk. med. zhurn.* 1998; 2: 4-8.
18. Sura M.V., Gerasimova K.V., Omel'yanovskii V.V., Avksent'eva M.V. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmako-epidemiologiya / PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoeconomics and pharmaco-epidemiology.* 2014; 4: 19-28.
19. Chulkova E.A. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction.* 2010; 2: 26-27.
20. Georgescu E.S., Goldberg J.M., du Plessis S.S., Agarwal A. *Obstet Gynecol Surv.* 2008; 63 (11): 725-32.
21. Gerdes N., Zwingmann C., Jäckel W.H. The system of rehabilitation in Germany. In: Research in Rehabilitation. Results from a research network in Southwest Germany. Stuttgart. 2006; 3-19.
22. Gurgan T., Salman C., Demiroglu A. Pregnancy and assisted reproduction techniques in men and women after cancer treatment. *Placenta.* 2008; 29 (Suppl B): 152-9.
23. Hoybye M.T., Dalton S.O., Christensen J., Larsen K.R., Kuhn K.G., Jensen J.N. et al. Research in Danish cancer Rehabilitation: Social characteristics and late effects among cancer patients in the FOCARE research project. *Acta Oncol.* 2008; 47: 47-55.
24. Johansen C. Rehabilitation of cancer patients – research perspectives. *Acta Oncol.* 2007; 46: 441-445.
25. Korstjens I., May A.M., van Weert E., Mesters I., Tan F., Ros W.J. et al. Quality of life after self-management cancer rehabilitation: A randomized controlled trial comparing physical and cognitive-behavioral training versus physical training. *Psychosom Med.* 2008; 70: 422-9.
26. Petersson L.M., Nordin K., Glimelius B., Brekkan E., Sjødén P.O., Berglund G. Differential effects of cancer rehabilitation depending on diagnosis and patients cognitive coping style. *Psychosom Med.* 2002; 64: 971-80.
27. Strong V., Waters R., Hibberd C., Rush R., Cargill A., Storey D. et al. Emotional distress in cancer patients: The Edinburgh Cancer Centre symptom study. *Br J Cancer.* 2007; 96: 868-74.
28. Taskila T., Lindbohm M. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncol.* 2007; 46: 446-451.
29. Teichmann J.V. Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer rehabilitationsmassnahmen. *Rehabilitation (Stuttg).* 2002; 41: 53-63.
30. White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *J Rehabil Med.* 2007; 45: 6-47.

Сведения об авторе:

Солопова Антонина Григорьевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Земляной Вал, 62, стр. 1, Москва, Россия, 109004. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru.

Табакман Юрий Юрьевич – д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, врач-радиолог высшей квалификационной категории, зав. лабораторией радиоизотопной диагностики Онкологического клинического диспансера №1 ДЗ г. Москвы. Адрес: ул. Бауманская, д. 17/1, Москва, Россия, 105005. Тел.: +7 (499) 267-66-72. E-mail: tabakman37@mail.ru.

Воробьев Александр Викторович – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Земляной Вал, 62, стр. 1, Москва, Россия, 109004. Тел.: +7 (495) 788-58-40. E-mail: alvorobev@gmail.com.

Идрисова Лариса Эмиевна – к.м.н., научный сотрудник кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Земляной Вал, 62, стр. 1, Москва, Россия, 109004. Тел.: +7 (495) 788-58-40. E-mail: gemostasis@mail.ru.

About the author:

Solopova Antonina Grigorievna – MD, professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical and Preventive Medicine First Moscow Medical Sechenov University. Address: ul. Zemlyanoi Val, 62-1, Moscow, Russia, 109004. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru.

Tabakman Yurii Yur'evich – MD, professor, Honoured Doctor of the Russian Federation, radiologist of the highest qualification category manager. radioisotope laboratory diagnostics, Cancer clinical dispensary №1 Department of Health of Moscow. Address: ul. Baumanskaya, 17/1, Moscow, Russia, 105005. Tel.: +7 (499) 267-66-72. E-mail: tabakman37@mail.ru.

Vorobev Alexander Viktorovitch – MD, Ph.D., Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical and Preventive Medicine First Moscow Medical Sechenov University. address: ul. Zemlyanoy Val, 62, p. 1, Moscow, Russia, 109004. Tel.: +7 (495) 788-58-40. E-mail: alvorobev@gmail.com.

Idrisova Larisa Emievna – PhD, researcher at the Department of the Ob/Gyn Department of The First Moscow State Medical Sechenov University Address: ul. Zemlyanoi Val, 62-1, Moscow, Russia, 109004. Tel.: +7 (495) 788-58-40. E-mail: gemostasis@mail.ru.