

© С.Г. Бугайцов, М.А. Добровольський, А.Г. Лурін, Й.А. Воронов, О.А. Біленко, А.О. Машуков, Д.В. Раціборський, 2011

УДК 616.345-006.6-08-039.76

С.Г. БУГАЙЦОВ¹, М.А. ДОБРОВОЛЬСЬКИЙ², А.Г. ЛУРІН², Й.А. ВОРОНОВ², О.А. БІЛЕНКО¹, А.О. МАШУКОВ¹, Д.В. РАЦИБОРСЬКИЙ²

Одеський національний медичний університет, кафедра онкології з курсом променевої діагностики, терапії та радіаційної медицини¹, Одеса; Одеський обласний онкологічний диспансер², Одеса

ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РАК ТОВСТОЇ КИШКИ

У статті розглянуті питання реабілітації хворих на рак товстої кишки та психосоматичні розлади на різних етапах лікування та після виписки із лікарні. Розроблена нова програма комплексної реабілітації пацієнтів з метою полегшення психосоматичних розладів та покращення якості життя.

Ключові слова: колоректальний рак, реабілітація, якість життя

Вступ. У всесвітньому масштабі рак товстої кишки (РТК) займає третє місце серед чоловічих і четверте місце серед жіночих онкологічних захворювань [1]. В Україні спостерігається зростання захворюваності на пухлини товстої кишки [2], які складають 15–17 випадків на 100 тисяч населення. Реабілітація онкологічних хворих є явищем складним і мультидисциплінарним [7]. Реабілітаційний підхід до лікування раку виник в світі у 1971 році з видання Національного Закону про рак в США. Ухвала декларувала онкор реабілітацію як об'єктивну і цілеспрямовану ініціативу до впровадження програм і дослідницьких проектів.

Lehmann і співавтори [8] в 1978 році вивчили психологічний і фізичний стан 805 хворих на рак, включаючи лейкемію, пухлини голови та шиї, грудної залози, легень, нервової системи, сечового міхура і кісток. Велика частка пацієнтів мала прояви психічного неблагополуччя. Психічні і психологічні ускладнення переважали у хворих з фізичними проблемами в порівнянні з тими, у кого вони відсутні.

Ganz та співавтори [9] опитав 500 хворих на колоректальний рак, рак легень та рак передміхурової залози і виявив, що пацієнти з цими хворобами у середньому живуть понад 3 роки. Приблизно 80% респондентів повідомили про свої проблеми, у половини з них ці проблеми були важкими. Середня величина індексу Карновського (Karnofsky performance status – Kps) у даних осіб складала 80%. При цьому понад 40% пацієнтів кожної групи не мали ніяких проявів активності хвороби. Психосоціальні труднощі коливалися серед тих хворих, які прожили довше одного року після встановлення захворювання на рак.

Movsas та співавтори [9] підтвердили наведені вище дані. Вони оцінювали реабілітаційні потреби пацієнтів різним чином. При цьому розлади, які виникали у хворих на рак, легко коригувалися. Проте самі пацієнти наявність цих розладів, наприклад, дезадаптацію, могли не визнавати. Це свідчить про важливість міждисциплінарних зусиль

в збереженні нормальної життєдіяльності хворої людини.

Van Harten та співавтори [10] проаналізували результати анкетного опитування пацієнтів стосовно потреби в професійній реабілітаційній допомозі. І хоча 258 хворих з діагнозом «рак» були залучені в дослідження, тільки 147 завершили дослідження. В отриманих даних були представлені результати оцінки якості життя пацієнтів хворих на неметастатичний рак грудної залози і колоректальний рак (КРР). При оцінці якості життя пацієнти вказували, чи мали потребу в професійному відновному догляді для полегшення викликаних раком проблем зі здоров'ям. 26,5% респондентів відзначили, що вони потребували реабілітаційного догляду.

На основі проведених досліджень Van Harten та співавтори [10] запропонували медичному співтовариству програму реабілітації для онкологічних пацієнтів. Компоненти цієї програми включали наступне:

- 1) фітнес і лікувальну фізкультуру (ЛФК);
- 2) вправи на розслаблення, психорелаксацію;
- 3) створення співтовариств хворих з метою навчання;
- 4) консультативна допомога та інструктаж хворих і членів їх сімей з метою подолання психологічних проблем і фобій;
- 5) суспільна терапія і культуротерапія;
- 6) дієтотерапія (в т.ч. мінеральні води, фіточаї).

У проспективному дослідженні Van Weert та співавторами [11] обстежено 34 пацієнти з фізичними і психосоціальними проблемами, які викликані злоякісними пухлинами. Їхня шеститижнева інтенсивна реабілітаційна програма складалася з 4 компонентів:

- 1 – індивідуальні вправи ЛФК;
- 2 – спорт і фітнес;
- 3 – психологічний догляд і освіта;
- 4 – інформаційна підтримка, можливість постійного, безперервного зв'язку з лікарем.

Schwenk і співавтори [10] на своєму клінічному досвіді показали, що раннє ентєральне живлення в

післяопераційному періоді у хворих, що перенесли резекції прямої кишки, є безпечним і надійним. Наприклад, у половині онкологічних центрів Австрії і Німеччини хворим на рак прямої кишки в першу післяопераційну добу дозволяється вживання значної кількості рідини. Прийом твердої за консистенцією їжі в першу післяопераційну добу дозволений у пацієнтів на рак товстої кишки в 11% німецьких і в 14% австрійських онкологічних центрах. При цьому всі обмеження стосовно прийому твердої за консистенцією їжі знімаються у хворих на рак товстої кишки на 2–3 післяопераційну добу. Використання в клінічній практиці програми прискореної реадптації «Fast-track surgery» (FTS) дозволяє зменшити кількість специфічних іммобілізаційних ускладнень в ранньому післяопераційному періоді. Ця програма включає:

- 1 – ранню мобілізацію хворого після операції;
- 2 – ранній початок ентерального живлення;
- 3 – скорочення термінів відмови від харчування до операції;
- 4 – обмеження або відмову від іригацій;
- 5 – обмеження або відмова від прийому послаблюючих;
- 6 – використання провідникової: спінальної та епідуральної анестезій;
- 7 – обмеження використання або відмову від встановлення дренажів, назогастрального зонда, сечівникового катетера;
- 8 – ранню виписку хворого зі стаціонару;
- 9 – скорочення термінів внутрішніх інфузій, антибіотикотерапії тощо.

Орієнтуючись на досвіді впровадження цієї програми в інших клініках [8], зокрема в Австрії і Німеччині, можна сказати, що загалом застосування цієї програми відбувається дуже поволи. Перш за все, це пов'язано з консервативними поглядами самих хірургів, а також керівництва клініки. У 25% австрійських і німецьких онкологічних стаціонарів хворих на рак товстої кишки переводять на звичайну діету (стіл №15), після відновлення перистальтики і пасажу калових мас і газів. У онкологічних центрах Данії, Норвегії, Швеції і Голландії в 85% випадків дозволяють хворим на рак товстої кишки в першу післяопераційну добу прийом твердої їжі. У 25% онкологічних клінік Шотландії пацієнтам на рак товстої кишки пропонують щільну їжу в першу добу після резекції товстої кишки.

Застосування міжнародних протоколів «Fast-track rehabilitation» у хворих на рак товстої кишки в післяопераційному періоді сприяють швидшому відновленню серцево-легеневої систем і шлунково-кишкового тракту, зниженню рівня больового синдрому в післяопераційному періоді, скороченню часу перебування хворого в стаціонарі в післяопераційному періоді до 5 діб.

Мета дослідження. Поліпшити якість життя хворих на рак товстої кишки шляхом розробки і впровадження в клінічну практику нової програми комплексної реабілітації хворих.

Матеріали та методи. Матеріалом для дослідження стали дані про 89 хворих, яким проведено спеціальне лікування з приводу пухлин товстої кишки. Усіх хворих поділено на 3 групи: перша група – хворі, яким проводили лікування за програмою прискореної реадптації (на основі фаст-трек програми) і програмою реабілітації; друга група – хворі, яким проводили тільки прискорену реадптацію; третя група – хворі, що лікувались за стандартною методикою. Окрім стандартних методів обстеження пацієнтів, що використовуються у повсякденній клінічній практиці, зокрема рентгеноскопії товстої кишки, фіброколоноскопії, даних об'єктивного огляду, анамнезу захворювання, клінічних лабораторних аналізів крові, цитологічної і гістологічної верифікації діагнозу, ультразвукової діагностики (УЗД) органів черевної порожнини, комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ) тощо, ми використали також методи оцінки якості життя. Ця методика включала: шкалу Карновського, шкалу Східної об'єднаної онкологічної групи (Eastern cooperative oncology group – ECOG), анкету оцінки якості життя Європейської організації з питань дослідження і лікування раку (European organization for research and treatment of Cancer Quality of Life – EORTC QOL), шкалу дефекаційних розладів Векснера (Wexner score), шкалу Гамільтона для оцінки важкості тривожно-депресивних розладів. Статистичне опрацювання проводили із застосуванням непараметричних методів оцінки значимості статистичних відмінностей досліджуваних ознак за Вілкоксоном.

Використовуючи реабілітаційну програму, хворим проводили психофармакотерапію для полегшення різних варіантів психологічних розладів у хворих на рак товстої кишки (РТК). Застосовували програму інтеграційної психотерапії для корекції психологічних розладів, а також новий спеціальний лікувальний комплекс, що включав лікувальну фізкультуру, мінеральні води, фіточаї для поліпшення якості життя хворих в післяопераційному періоді. Реадптаційну програму впроваджували на основі протоколів fast-track surgery.

Результати досліджень та їх обговорення. Загалом у дослідженні брало участь 209 респондентів. Досліджувана група становила 89 осіб. 120 хворих виключені з дослідження з різних причин. Стан усіх хворих оцінювали за 10 параметрами до і після лікування, тобто кожен пацієнт оцінювався за 20 індивідуальними показниками, що зрештою склало 1780 різних результатів. Хворим, у яких спостерігався тривожно-депресивний синдром легкого ступеня, ми призначали заспокійливі фіточаї, ходьбу, легкі фізичні вправи. Додаткову психофармакотерапію здійснювали у хворих з тривожно-депресивними розладами середнього і важкого ступеня. Таким хворим призначали Адаптол в дозі 250мг і 500мг 2–3 рази на добу, що

практично завжди у поєднанні з сеансами психотерапії дозволяло отримати необхідний ефект. Ходьбу і аеротерапію використовували як додаткові

методи для розслаблення і адаптації. Результати змін тривожно-депресивних розладів за Гамільтоном у досліджуваних групах наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Динаміка зміни тривожно-депресивних розладів при оцінці за Гамільтоном в досліджуваних групах пацієнтів

Група хворих	Дані тривожно-депресивних розладів
Перша	6,26 ± 0,08
	p=0,00075
Друга	1,44 ± 0,08
	p=0,54
Третя	1,58 ± 0,25

Як видно з таблиці 1, позитивний вплив на психоемоційний стан хворих відзначено тільки в першій групі хворих. Це обумовлено тим, що у другій групі пацієнтів, де призначали заходи за програмою «Прискореного шляху», не проводили лікування за реабілітаційною психо-фізичною програмою. Вплив проведення тільки фаст-треку третьої групі хворих був скоріше за все негативним $-1,44 < 1,58$. Відмінності цього впливу на психоемоційний стан пацієнтів другої та третьої

груп були статистично не вірогідними ($p=0,54$). Застосування реабілітаційного компоненту разом з реадaptaційним у першій групі хворих призвело до несподіваного результату, що в 4 рази перевищував показники психоемоційної реабілітації у третій групі хворих ($6,26 < 1,58$, $p=0,00075$).

Результати динамічної оцінки якості життя хворих за психологічною шкалою (4-й підрозділ шкали EORTC QLQ CR38) наведено у таблиці 2.

Таблиця 2

Динамічна оцінка якості життя хворих на рак товстої кишки за психологічною шкалою EORTC QLQ CR38

Група хворих	Дані динамічної зміни за психологічною шкалою
Перша	1,63 ± 0,13
	P=0,0092
Друга	0,04 ± 0,11
	P=0,911
Третя	-0,09 ± 0,23

Як видно з таблиці 2, у першій групі хворих спостерігалася найбільша і найкраща динаміка в зміні психологічного стану у хворих на РТК. 1,63 ± 0,13 бала – це інтеграційний показник зміни психологічного стану всієї першої групи. Відповідно 0,04 ± 0,11 і $-0,09 \pm 0,23$ – сумарні показники для другої та третьої груп. Як видно в третій групі пацієнтів спостерігалася погіршення психоемоційного стану хворих – динаміка має знак «мінус». Відмінності цих показників між основною першою групою і третьою контрольною групою хворих,

також як і в таблиці 1, є вірогідними ($p=0,0092$, тобто $p < 0,05$).

Динаміка зміни якості життя онкологічних хворих за шкалою оцінки якості життя EORTC QLQ CR38 на фоні проведеного лікування представлено у таблиці 3.

Якість життя (ЯЖ) хворих на РТК – це сукупність об'єктивних і суб'єктивних характеристик людини, що відображають ступінь її життєвого комфорту і включають психологічні особливості хворого, рівень побутової і трудової активності,

фізичне благополуччя [3, 4]. Рівень якості життя хворих на РТК першої реабілітаційно-реадаптаційної групи перевищила рівень ЯЖ хворих контрольної третьої групи майже в 4 рази (3,71 разу). Як сказано вище, проведення прискореної реактації без поєднання з реабілітаційними заходами (хворі другої групи) погіршувало їхню ЯЖ

в порівнянні з контрольною третьою групою (2,04 і 3,63 відповідно). Відмінності ж були статистично вірогідними тільки при порівнянні першої і третьої груп хворих. Вірогідність поліпшення ЯЖ в першій групі дозволяє рекомендувати комплексне поєднання реабілітації і реактації ($p=0,00003$, табл. 3).

Таблиця 3

Динаміка зміни якості життя онкологічних хворих за шкалою оцінки якості життя EORTC QLQ CR38 на фоні проведеного лікування

Група хворих	Дані зміни якості життя
Перша	13,47 ± 0,01
	P=0,00003
Друга	2,04 ± 0,04
	P=0,91
Третя	3,63 ± 0,18

Запропоновані заходи за поєднаними програмами вірогідно вплинули тільки на показники дефекаційного, системного і психологічного благополуччя (відповідно $p=0,00005$; $p=0,0099$; $p=0,0092$). У решті випадків ми відзначили позитивну тенденцію в лікуванні – гастроінтестинальний індекс ($p=0,137$, $p>0,05$), або не відзначали впливу позитивного використання цих програм взагалі – статеве і мікційне благополуччя ($p=0,2$; $p=0,455$, $p>0,05$).

Загальноотерапевтичне благополуччя і результати реабілітації-реактації у хворих на РТК оціню-

вали за трьома основними шкалами: відповідний розділ анкети оцінки якості життя Європейської організації з питань дослідження і лікування раку (EORTC QLQ CR38), шкала Карновського і шкала ECOG представлені у таблиці 4. Результати анкетування EORTC QOL CR38 показали статистично значущі результати позитивної динаміки загального стану хворих першої групи в порівнянні із ЯЖ другої групи ($p=0,0099$) і третьої групи контрольної ($p=0,00023$). Використання ж тільки прискореної реактації призводило до погіршення ЯЖ ($-0,04 < 0,32$ третьої групи і $<< 2,04$ першої групи).

Таблиця 4

Оцінка загальносоматичного благополуччя в досліджуваних групах

Групи хворих	Шкала EORTC QOL CR38	шкала Карновського	шкала ECOG
Перша	2,04 ± 0,17	-14,33 ± 0,25	-1,23 ± 0,21
	p=0,0099	p=0,0203	p=0,057
Друга	-0,04 ± 0,31	-25,36 ± 0,25	-1,74 ± 0,16
	p=0,55	p=0,607	p=0,75
Третя (контрольна)	0,32 ± 0,01	-29,69 ± 0,16	-1,81 ± 0,10

Статистично незначуще погіршення ЯЖ між другою і третьою групами також спостерігалось при оцінці мікційного, дефекаційного, системного і психологічного (за Гамільтоном) благополуччя, а також за сумою балів EORTC QLQ CR38. Наведені результати дослідження свідчать про ефективність поєднання реабілітаційної і реактаційної програм у поліпшенні ЯЖ хворих на РТК; прискорена реактація хворих шляхом проведення програми

«Прискореного шляху» статистично не вірогідно погіршує ЯЖ хворих на РТК.

У наступних 5 і 6 таблицях розглянуті показники благополуччя хворих на РТК, на яку заходи за програмою реабілітації мали позитивний, але статистично не вірогідний вплив.

Динаміка оцінки якості життя хворих за гастроінтестинальною шкалою диспептичних розладів (другий підрозділ шкали EORTC QLQ CR38) в

досліджуваних групах пацієнтів наведена у таблиці 5.

Мінеральні води і фіточаї, які використовували як компонент психофізичної програми реабілітації, повинні були поліпшити гастроентерологічне благополуччя хворих на РТК, але цього не відбулося. Таким чином, мінеральні води і фіточаї у комплексі з ходьбою, гігієнічною гімнастикою, сеансами психотерапії, психофармакотерапії значно вплинули на ЯЖ хворих на РТК за психологіч-

ними, дефекаційними, системними показниками лінії (у всіх перерахованих випадках $p < 0,05$), але ніяк не вплинули на гастроентерологічне благополуччя хворих на РТК ($p=0,137$). Не зважаючи на позитивний вплив мінеральних вод і фіточаїв на функцію шлунково-кишкового тракту, необхідно сказати, що анкета для опитування EORTC QLQ CR38 засвідчує наявність специфічних диспептичних симптомів у хворих на рак: відрижка, біль в сідниці та животі.

Таблиця 5

Динаміка диспептичних розладів в досліджуваних групах пацієнтів

Група хворих	Дані динаміки диспептичних розладів
Перша	$2,00 \pm 0,02$
	$p=0,137$
Друга	$0,71 \pm 0,09$
	$p=0,756$
Третя (контрольна)	$0,71 \pm 0,24$

Динаміка змін якості життя при оцінці функцій органів тазової порожнини (підрозділи шкали EORTC QLQ CR38) в досліджуваних групах хворих представлена у таблиці 6.

Як видно з таблиці 6, ні реадaptaційні, ні подальші реабілітаційні заходи не мали ніякого впливу на сексуальне і змішане благополуччя пацієнтів. При аналізі впливу на дефекаційне благополуччя, в тому числі колостомованих

хворих, встановлено, що позитивний результат, як і в попередніх випадках, отримали при завершенні програми реабілітаційного лікування з реадaptaційними заходами. Фаст-трек, як і очікувалось, не мав ніякого впливу на частоту дефекації і адаптованість колостомованих хворих. Кращі результати лікування виявлені в першій групі хворих. Відмінності були вірогідними ($p=0,00005$, при розрахунку за Віллкоксоном).

Таблиця 6

Динаміка змін якості життя при оцінці функціональних розладів органів тазової порожнини в досліджуваних групах хворих

Група хворих	Дефекаційне благополуччя	Сексуальне благополуччя	Змішане благополуччя
Перша	$6,67 \pm 0,09$	$0,10 \pm 0,16$	$0,73 \pm 0,20$
	$p=0,00005$	$p=0,137$	$p=0,2$
Друга	$0,59 \pm 0,21$	$0,74 \pm 0,75$	$0,44 \pm 0,18$
	$p=0,639$	$p=0,137$	$p=0,82$
Третя	$1,65 \pm 0,31$	$0,43 \pm 0,56$	$0,54 \pm 0,44$

Висновки.

1. Поєднання розробленої нами реабілітаційної програми з реадaptaційними заходами за програмою «Прискороеного шляху» (фаст-трек) підсилює дію реабілітації в порівнянні з контрольною групою приблизно в 16 разів.

2. У комплексі з ходьбою, гігієнічною гімнастикою, сеансами психотерапії, психофармакотерапії, мінеральні води і фіточаї мають значущий

вплив на ЯЖ хворих на РТК за психологічними, дефекаційними, системними показниками якості життя (у всіх перерахованих випадках $p < 0,05$), але ніяк не вплинули на гастроентерологічне благополуччя хворих на РТК ($p=0,137$).

3. Фаст-трек не впливає на кількість тривожно-депресивних розладів у всіх групах пацієнтів та не покращує психо-емоційний стан хворих на РТК в цілому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Білинський Б.Т. Онкологія / Б.Т. Білинський, Н.А. Володько, А.І. Гнатишак [та ін.]. — Львів: Медицина світу, 1998. — 140 с.
2. Демин Е.В., Чулкова В.А. Возможности улучшения качества жизни онкологических больных/ Е.В. Демин, В.А. Чулкова // Вопросы онкологии. — 1992. — Т.38, №1. — С. 84—89
3. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Качество жизни онкологических больных / Т.И. Ионова, А.А. Новик, Ю.А. Сухонос // Вопросы онкологии. — 1998. — Т.44, №6. — С. 749—752.
4. Касчіато Д. Онкологія. / Д. Касчіато. — М., Практика, 2008. — 285 с.
5. Щепотин И.Б. Результаты использования мультимодальной программы «fast track surgery» у больных раком толстой кишки / И.Б. Щепотин// Онкология. — 2010. — Т.12, №2. — С. 44. — 67.
6. Bottomley A. Group cognitive-behavioural therapy with cancer patients: the views of women participants on a short term intervention / A. Bottomley// Eur J Cancer Care. 1997. — Vol.7, №3. — P. 23—30.
7. Hamilton, M. A rating scale for depression/ M. Hamilton, B.Van Weert, T. Ganz [et al.]// Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. — 1990. — Vol. 6, №23. — P. 56-62.
8. Hasenberg T. Current perioperative practice in rectal surgery in Austria and Germany/ T. Hasenberg // Int J Colorectal Dis. — 2010. — Vol.25. — P. 855—863.
8. Tohausen C. Rehabilitation of cancer patients — research perspectives / C. Tohausen // Acta Oncologica. — 2007. Vol. 6, №14. — P. 41— 46.
9. Williams J.W. (1989) A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale/ J.W. Williams, I. Mvovsas, C. Berg // Archives of General Psychiatry. — 1998. — Vol. 12, №45. — P. 742—747.

S.G. BUGAITSOV, N.A. DOBROVOLSKY, A.G. LURIN, I.A. VORONOV, A.A. BILENKO, A.A. MASHUKOV, D.V. RACYBORSKY

Odessa National Medical University, Department of Oncology with a Course of Radiation Diagnosis, thErapy, Odessa; Odessa Regional Oncology Dyspanser, Odessa

REHABILITATION COMPREHENSIVE COLORECTAL CANCER PROGRAMM INDIVIDUALIZATION

The article deals with complex issues of relationships between oncologists and patient with colon cancer. The authors details psychosomatic disorders in patient with colon cancers at stages of treatment and after discharge from a hospital. They developed a novel programm of comprehensive rehabilitation to relief psychosomatic disorders and improve quality of life.

Key words: colorectal cancer, rehabilitation, quality of life

Стаття надійшла до редакції: 10.05.2011 р.