

**КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РАК ТОВСТОЇ КИШКИ
ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Одеський державний медичний університет
Одеський обласний онкологічний диспансер

*Я маю право: бути прийнятим з повагою гідністю, а
мої фізичні, емоційні, духовні, соціальні та психологічні
потреби повинні сприйматися серйозно
і не без відповіді, незалежно від прогнозу хвороби,
все моє життя, одержувати підтримку й інформацію,
щоб допомогти мені розуміти моє захворювання,
а також підтримку для моєї сім'ї та друзів...
Декларації прав онкологічних хворих, 1991р.*

Реферат. С. Г. Бугайцов, А. О. Машков **КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.** В статье рассматриваются сложные вопросы взаимоотношений между врачом-онкологом и больным раком толстой кишки. В статье также подробно описываются психосоматические расстройства у больных раком толстой кишки на этапах лечения и после выписки из стационара. Авторами разрабатывается новая программа комплексной реабилитации для купирования психосоматических расстройств и улучшения качества жизни у больных раком толстой кишки.

Ключевые слова: комплексная реабилитация, психосоматические расстройства, рак толстой кишки, качество жизни.

Реферат. С. Г. Бугайцов, А. О. Машков **КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РАК ТОВСТОЇ КИШКИ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.** У статті розглядаються складні питання взаємовідносин між лікарем-онкологом і хворим на рак товстої кишки. У статті також детально описуються психосоматичні розлади у хворих на рак товстої кишки на етапах лікування і після виписки зі стаціонару. Авторами розробляється нова програма комплексної реабілітації для усунення психосоматичних розладів і поліпшення якості життя у хворих на рак товстої кишки.

Ключові слова: комплексна реабілітація, психосоматичні розлади, рак товстої кишки, якість життя.

Summary. S. G. Bugaitsov, A. A. Mashukov **A COMPREHENSIVE PROGRAM OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH COLON CANCER WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS.** The article deals with complex issues of relationships between oncologists and patients with colon cancer. The article also details the psychosomatic disorders in patients with colon cancer at stages of treatment and after discharge from the hospital. The authors developed a new program of comprehensive rehabilitation to relief psychosomatic disorders and improve the quality of life in patients with colon cancer.

Key words: complex rehabilitation, psychosomatic disorders, colon cancer, quality of life.

Актуальність проблеми. Рак товстої кишки (РТК) в Україні, як й в інших країнах світу має тенденцію к постійному зростанню захворюваності та смертності, займає четверте місце по цим показникам серед всіх злоякісних пухлин. Так, по Україні кількість хворих на РТК в абсолютних цифрах складає 9430 чоловік, а на 100 000 населення — 20,3 (2007р.). При цьому кількість хворих на РТК приблизно однаково серед чоловічого та жіночого населення. Смертність от РТК в нашій країні в абсолютних цифрах складає 5582, а на 100 000 населення — 12,0 (2007р.) [2,3]. Так, за останні 10 років в Україні серед чоловічого населення рівень захворюваності на РТК зрос на 42%, а середньорічний темп зростання склав 4%; серед жіночого населення — 6% та 0,5% [2,4]. Рівень захворюваності та смертності от РТК населення Одеського регіона один з найбільш високих в Україні. Так, захворюваність на РТК в Одеському регіоні в абсолютних цифрах склав 641 чоловік, а на 100 000 населення — 21,9 (2007р.). Смертність от РТК в Одеському регіоні в абсолютних цифрах склала 352, а на 100 000 населення — 14,8 (2007р.) [3].

Необхідно підкреслити, що захворюваність на РТК в промисловорозвинених країнах світу (Північна Америка, Західна Європа, Австралія) з високим рівнем доходів населення досягла максимально високих цифр та вийшла на друге місце, уступаючи тільки раку молочної залози. Серед населення Північної Америки смертність от РТК займає також друге місце, уступаючи тільки смертності від рака легень [2].

Діагноз “рак” завжди викликає асоціацію з вироком до смерті. Загальноприйнятою є думка, що хворому не слід говорити правди про наявність злоякісної пухлини. Однак чому загальноприйнятою? Хто прийняв таке рішення? Гуманізм такого кроку вельми диспутабельна, адже нікому не дано права розпоряджатися чужим життям. Ніким не доведено і не перевірено шкідливість чесної розмови з хворим. А от шкідливість таємних переговорів, шепотіння з його родичами справді очевидна, тому що людину позбавляють її законного права знати правду про свою хворобу й долю. Інша справа, що лікарю-онкологу необхідно враховувати особистість кожного конкретного хворого та його оточення для того, щоб не задавати йому зайвої травми [5].

Як поліпшити якість життя хворого на рак товстої кишки? Якість життя – це сукупність об’єктивних та суб’єктивних характеристик, що відображають ступінь фрустрованості, рівень побутової і трудової активності, фізичне та сексуальне благополуччя [6,7]. Існує серед вчених думка, що під час лікування хворих на рак товстої кишки слід керуватися можливістю не тільки подовження тривалості життя, але й його якості.

Основою поліпшення якості життя хворого на рак товстої кишки із психосоматичними розладами є психічна, фізична і соціально-трудова реабілітація [1]. Реабілітаційні заходи, що входять до складу комбінованого (хірургічне, променево, хімотерапевтичне, імунотерапія), хворих на рак товстої кишки із психосоматичними розладами, поліпшують психичний і фізичний статус пацієнтів, допомагають поверненню їх додому, після виписування зі стаціонару, психічно і фізично здоровими, здатними активно протистояти труднощам життя.

Нині питання психічної, фізичної і соціально-трудової реабілітації хворих на рак товстої кишки із психосоматичними розладами стали не тільки медичною, але й у цілому народногосподарською проблемою [8].

Шляхи розвитку та удосконалення методів реабілітації, що входять до складу комбінованого та комплексного лікування онкологічних хворих (і раком товстої кишки) із психосоматичними розладами, є однією з найважливіших задач психосоматичної медицини.

Один із найкрупніших фахівців в галузі психосоматичної медицини професор Б. Любан - Плоцца вважає, що комплексне лікування і психологічна корекція онкологічних хворих із психосоматичними розладами (у тому числі хворих на рак товстої кишки) повинні відбуватися “пліч-о-пліч”. Без спрямованого психологічного впливу лікування хворих на рак товстої кишки неможливе. Психологічна корекція таких хворих із психосоматичними розладами допомагає зняти психічну напругу, пов’язану з хворобою [9]. Однак психічне напруження може тривати довго. А, як відомо, можливості захисних систем організму не безмежні. Організм онкологічного хворого, що страждає від внутрішнього конфлікту, не має психологічного захисту. Він захищається від надмірного психічного напруження на соматичному рівні. Онкологічні захворювання – це драматична реакція на тяжке, тривале незадоволення, спричинене гострою психотравмою [10]. Онкологів, що займаються

проблемою онкологічних захворювань (включаючи рак товстої кишки) часто дивує, чому у конкретного хворого за наявності, здавалося б, добрих прогностичних факторів результат виявляється несприятливим? Це багато в чому залежить від психоемоційного настрою хворого на рак товстої кишки. В процесі спеціального лікування психологічна реакція пацієнта на своє захворювання змінюється [11]. Перший етап лікування – це етап діагностики, який розпочинається при першому відвідуванні хворим лікаря-онколога. Однак психологічні зміни з'являються задовго до цього. У багатьох хворих психологічні розлади – депресія, безсоння, передчує клінічний. Коли у хворого на рак товстої кишки діагностується злоякісне новоутворення цієї локалізації, первинна реакція на це – страх. Страх перед невизначеністю свого стану, панічна думка, що він смертельно хворий, побоювання не тільки за своє життя, але й за життя близьких, особливо дітей, поєднуються у багатьох хворих зі стійкою агнозією, яка виникає як механізм психологічного захисту [12]. Саме страх про загрозу для його життя утримував багатьох хворих від своєчасного звертання до лікаря. Тривале перебування у стресовій ситуації призводить до розвитку невротичної реакції – безсоння, дратівливості, зниження працездатності, іпохондрична фіксація на власних відчуттях.

Діагностичний етап є найбільш психотравмуючим. Психопатичні синдроми, які можуть спостерігатися у хворих на рак товстої кишки на цьому етапі, відповідають преморбідним особливостям особистості. Для купірування психіатричної симптоматики можливе використання медикаментозної психотропної терапії (транквілізатори, антидепресанти).

На діагностичному етапі лікарю також необхідно використовувати психотерапевтичну бесіду: заспокоїти, підбадьорити, надихнути віру в успіх лікування, розсіяти побоювання.

Наступний етап - госпіталізація в лікувально-профілактичний заклад онкологічного профілю. При цьому у хворих на рак товстої кишки відбувається деяке зниження інтенсивності переживань у зв'язку з тим, що вони бачать роботу кваліфікованих лікарів, які роблять все, щоб допомогти їм, і це сповнює їх впевненістю. Передопераційний періодовідомлення дати операції до переходу в операційний блок. Відзначається зростання інтенсивності переживань, властивих особистості до госпіталізації, до ступеня, перевищуючого рівень переживань на етапі діагностики.

При повідомленні дати операції у деяких хворих виникає негативне ставлення до неї. У цей період можуть з'явитися думки про відмову від операції, недосконалість діагностики, можливість інших методів лікування.

Великий вплив на розвиток подібних переживань справляє знайомство з вже прооперованими пацієнтами, в яких можуть бути незадовільні функціональні наслідки операції [9].

У онкологічному стаціонарі потрібно зняти тривогу, зменшити депресивний фон перед операцією.

Психотерапію краще проводити на фоні введення транквілізаторів, антидепресантів. Найбільш ефективною є розслабляюча психотерапія з сугестивним компонентом [13].

У післяопераційному періоді різко знижується ступінь виразності всіх негативних переживань.

Для багатьох хворих операція є своєрідним рубежем, за яким, на їхню думку, повинна початися цілком сприятлива ситуація. З психопатологічних синдромів переважають апатичний та астеничний, що зумовлено спадом психічного напруження після тривалої стресової ситуації.

У післяопераційному періоді провідним методом є активуюча психотерапія, спрямована на піднесення життєвого тону хворих. Домінуючою є раціональна психотерапія з аутогенним тренуванням. Важливим моментом є групова психотерапія, де у групі повинні бути тільки хворі на рак товстої кишки. У групі мають бути лідери, що задають загальний тон заняттям, надихають інших своєю вірою в одужання [13].

Наступний етап лікування – етап виписування зі стаціонару. Хворі відчувають полегшення, коли після переживань вони, нарешті, йдуть додому. У деяких хворих відзначаються ейфоричні прояви. Однак цей етап характеризується й безліччю негативних емоцій. По-перше, при виписуванні з онкологічної клініки хворий на рак товстої кишки

одержує інформацію про взяття на облік у онкологічному диспансері, багато хворих отримують рекомендації щодо проведення додаткового променевого, хіміотерапевтичного лікування. Для багатьох хворих це є непрямомою ознакою злоякісного процесу. По-друге, виписування з онкологічної клініки – переломний етап у житті хворго, тому що він має повернутися у соціум, в якому жив до радикального лікування, але вже в новій якості.

Катамнестичний етап – тривалий відрізок часу після виписування зі стаціонару, під час якого виявляється досить багато негативних переживань та страждань. У багатьох хворих розвивається депресія різного ступеня вираження. Самостійні звертання за психіатричною допомогою бувають дуже рідко, незважаючи на велику потребу в ній.

На катамнестичному етапі у багатьох хворих відзначається депресія, що триває довгі роки. Вона може посилюватися а'дювантною хіміотерапією, незважаючи на те, що хіміотерапевтичні препарати не мають безпосередньої психотропної дії. В зв'язку з цим у деяких випадках скорочують термін проведення ад'ювантної хіміотерапії з метою зменшення депресії й покращення якості життя.

У деяких хворих на рак товстої кишки спостерігається зміна мотиваційної сфери, звуження кола актуальних мотивацій, сповнення їх новим змістом. Те, що раніше радувало, втрачає свою привабливість, позбавляється змісту. Хворі стають більш байдужими, обмежуються контакти з оточуючими людьми. Назважаючи на неоднозначність наявних відомостей, відзначено, що соціальний стрес зменшує, а соціальна залученість збільшує виживання хворих на рак товстої кишки. Є відомості про успішність психотерапевтичного впливу при лікуванні онкологічних захворювань, що пов'язують із впливом психіки на стан ендокринової системи і на перебіг імунних реакцій цих синдромів [14].

Для лікування психопатологічних синдромів і у цьому періоді повинні застосовуватися раціональна психотерапія, аутогенне тренування.

Участь у загальнокорисному труді – один із критеріїв якості життя. Вченими були розроблені різні програми відновлюваного лікування для онкологічних хворих зі злоякісними пухлинами різних локалізацій, які містять психологічну корекцію (психотерапію і психофармакотерапію) і лікувальну фізкультуру.

Метою даної роботи є поліпшення якості життя хворих на рак шляхом розробки нової комплексної програми реабілітації для хворих на рак товстої кишки, яка включає в себе психологічну корекцію (інтергративну психотерапію антидепресантами із групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (золот, ципраміл, феварін) і транквілізатори (фенозепам, тазепам, еленіум та інш.), лікувальну фізкультуру (гігієнічна гімнастика, щадна ходьба), фізіотерапію (озонотерапія), кліматотерапію (аеротерапія, таласотерапія), мінеральні води (Поляна Квасова, Поляна Купіль, Свалявська, Моршинська тощо) і фіточаї.

Таким чином, психологічна, фізична, соціальна та трудова реабілітація є основою покращення якості життя хворих на рак товстої кишки із психосоматичними розладами.

Розробка і вдосконалення програм комплексної реабілітації хворих на рак товстої кишки не менш важливі, ніж удосконалення методів їх профілактики, діагностики та лікування. Хворі повинні отримати можливість жити, зберігаючи гідність, самоповагу, а не просто існувати.

Список літератури

1. Справочник по онкологии // Под ред. С.А.Шалимова, Ю.А.Гриневича, Д.В. Мясоедова. – К. :Здоров'я, 2008. – С. 458 - 468.
2. Лекции по клинической онкологии / Под общей ред. Г.В. Бондаря, С.В.Антиповой. – Луганськ: ОАО “Луганская областная типография”, 2009. - С. 247 - 248.
3. Рак в Украине, 2006-2007 (захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби) / І.Б. Щепотін, З.П. Федоренко, Л.О. Гуляк // Бюл. Національного канцер-реєстру України № 9. - К., 2008. - С. 23 -24
4. Лекції з клінічної онкології / За ред. Г.В.Бондаря. - Т.1. – Донецьк: ТОВ “Цифрова типографія”, 2006. - С. 155 - 156.
5. Возный Э.К., Малова Ю.В. Индивидуально-психологический подход в комплексном лечении онкологических больных // Вопр. онкологии . – 1999. – Т.45, № 2. – С. 202 - 204

6. Fetting I.H. Identifying and treating psychiatric disorders in Cancer patients // *Geriatrics*. – 1982. – Vol.37, №9 – P. 95 - 104
7. McDonald B.H. Quality of life in cancer care: patients experiences and nurses contribution // *Europ I. Oncol. Nursing*. – 2001. – Vol.5, №1. – P. 32 - 41.
8. Реабилитация онкологических больных // В.Н.Герасименко, Ю.В.Артюшенко, А.Т.Адмиралсанов и др.// Под ред. В.Н.Герасименко – М.: Медицина, 1988 – 430 с.
9. Дрінгс П. Онкологічний хворий із несприятливим прогнозом // Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря // Б.Любан- Плоцца, В.Пельдингер, Ф. Крегер, К.Ледерах-Гофманн. – К., 1997. – С. 249 - 258
10. Балицкий К.П., Шмалько Ю.П. Стресс и опухолевый процесс // *Эсперим. онкология*. – 1983. - №1. – С.7-14
11. Бажин Е.Ф., Цейпина Г.П. Самооценка онкологических больных и уровень их психологической адаптации // *Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека*. – М.: Медицина, 1989. – 399 с.
12. Авруцкий Г.Я. Недува А.А. Лечение психических больных – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
13. Слободяник А.П. Психотерапия (внушение, гипноз). – К.: Здоров'я, 1978. – 442с.
14. Психотерапия помогает лечить рак // *Мир науки: Сборник статей*. – М.: Профиздат, 1991. – 32 с.

УДК 616.71-089.001.5-718.66-728.46

Е. В. Кулаженко, С. А. Варзарь

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ НАРУЖНОЙ ЛОДЫЖКИ И ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦЕВОГО СИНДЕСМОЗА

Одесский государственный медицинский университет

Реферат. Е. В. Кулаженко, С. А. Варзарь **ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ НАРУЖНОЙ ЛОДЫЖКИ И ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦЕВОГО СИНДЕСМОЗА.** В настоящей статье авторы описывают особенности лечения названной патологии у пациентов различного возраста, подробно рассматриваются показания и особенности хирургического лечения, ведения после операционного периода, особенности применения ЛФК, физиотерапии и проч. Представлены результаты лечения и наблюдения 43 больных за пять лет (2004 – 2009). Предложенные методики позволяют сократить сроки лечения, улучшить исходы и повысить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: наружная лодыжка, дистальный межберцовый синдесмоз, повреждение.

Реферат. Є. В. Кулаженко, С. О. Варзарь **ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ЗОВНІШНЬОЇ КІСТОЧКИ ТА ДІСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦЕВОГО СИНДЕСМОЗА.** В статті автори описують особливості лікування названої патології у пацієнтів різного віку, докладно розглядаються показання і особливості хірургічного лікування, ведення після операційного періода, особливості застосування ЛФК, фізіотерапії та інш. Наведені результати лікування й спостереження 43 хворих за п'ять років (2004 – 2009). Запропоновані методіки дозволяють скоротити строки лікування, покращити результати й підвищити якість життя пацієнтів.