

УДК 616-006-08-039.76

А. А. Машуков², Н. А. Добровольский², А. Г. Лурич², С. Г. Бугайцов¹,
А. А. Биленко¹, И. А. Воронов²

РОЛЬ РЕАБИЛИТОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹Одесский национальный медицинский университет

²Одесский областной онкологический диспансер

Согласно прогноза Всемирной организации здравоохранения в 2010 году будет зарегистрировано около 14 миллионов новых случаев заболевания раком. Примерно 60% из них будет приходиться на развитые страны. От рака в мире ежегодно умирает почти 7 миллионов человек и более 25 миллионов наблюдается после лечения по поводу впервые выявленной патологии [www.who.int]. С точки зрения системы здравоохранения, другие хронические расстройства, такие как сердечно-сосудистые болезни и сахарный диабет представляют ту же степень опасности, т.к. наблюдаемая при них выживаемость сравнима с длительностью жизни онкологических больных. При этом для осуществления в полном объеме реабилитации и онкологических больных необходимы сравнимые по величине данные [4].

Цель настоящего обзора – рассмотреть существующие системы реабилитации онкологических больных.

После проведения специального лечения больных раком, включающим хирургическое вмешательство, радио- и химиотерапию, показатель 5-летней выживаемости сегодня составляет более 50% [3]. Эти больные имеют инвалидность и физические ограничения, которые потенциально могут быть улучшены с помощью реабилитационных программ. Кроме очевидных плюсов для самих больных, онкологическая реабилитация может также быть важна с социально-экономических позиций, облегчая давление на систему здравоохранения в целом и увеличивая объем работающей популяции [4].

По мере того, как отдаленные результаты лечения будут улучшаться, отношение общества будет меняться от простой констатации факта выздоровления от рака, к стремлению улучшения функционального статуса и качества жизни – реабилитации онкобольных.

В прошлом реабилитации подвергались только больные, имеющими явные нарушения. Однако, продолжающиеся с начала 1970 г.г. исследования показали, что даже больные без очевидных физиологических дефектов остаются психологически акцентированы на своей болезни и сомнениях относительно будущего благополучия, что часто приводит к растущему психическому дисбалансу. Сегодня же существует множество направлений онкологической реабилитации, варьирующихся от психотерапевтической коррекции до восстановления физических аспектов, включая качество жизни [4].

В идеале, все возможные виды реабилитации должны быть сконцентрированы и направлены для удовлетворения специфических потребностей онкологического больного, чтобы достичь высочайшей цели: не просто выжить, а выжить, чтобы полноценно жить [4].

Реабилитация больных раком по определению Cromes [15] включает помощь в достижении максимального физического и профессионального благополучия в пределах ограничений, предустановленными болезнью и её лечением.

В этом определении заложена мультимодальность и многопрофильность подхода к проблеме онкологической реабилитации (ОР). ОР на начальных этапах осуществляется только онкологом, а затем специалистом по медицинской реабилитации [3]. Дополнительно в команду включается социальный работник, психолог, физиотерапевт, патронажная медсестра, районный онколог. Это костяк команды, совместно со значительным количеством других специалистов, призванной решить специфические проблемы конкретного больного [3].

Реабилитация больных раком включает широкий спектр деятельности, нацеленный на информирование, консультирование по возможному изменению стиля жизни и поведения, психологическую поддержку, решение вопросов социального благополучия, борьбу с побочными явлениями химиотерапии, поддерживающее медикаментозное лечение и решение многочисленных клинических проблем.

Рак может вызвать совершенно разные проявления недееспособности, ограничение физической активности и профессиональные затруднения. Наиболее распространенные расстройства включают потерю двигательного контроля, расстройства функции черепно-мозговых нервов, проблемы с мышлением и речью, расстройства глотания, потерю чувствительности. Опухоли спинного мозга могут продуцировать неврологический дефицит, включающий моторный, сенсорный, расстройства тазовых резервуаров, как при травматическом повреждении спинного мозга. Другие раки более локальны в своём проявлении. Например, опухоли головы и шеи могут вызывать трудности с речью и глотанием. Реабилитационные проблемы могут быть дифференцированы в соответствии с вовлеченным конкретным органом и системой органов [3].

В рамках каждой системы специфические проблемы могут быть выделены с учетом ограниченной активности, функциональной перспективы, повседневных жизненных потребностей, организации амбулаторной помощи, увеличение мобильности и способности к перемещению.

Даже находящиеся в третьей клинической группе больные часто сталкиваются с функциональными и психологическими проблемами. Ganz et al [16] сообщает о 500 больных раком, излеченных от опухоли и живущих 1 год. 80% из них имели затруднения с оказанием амбулаторной помощи. Ограничения активной деятельности очень распространены и встречаются у пациентов абсолютно при любых локализациях опухолей. Проблемы, связанные с повседневной активностью (ADL – activity of daily life), чаще всего встречаются при раке легкого, раке нервной системы, что вызвано возникновением контрактур, затруднениями дыхания, параличами и парезами [3].

Поэтому широко практикующаяся в нашей стране только амбулаторная помощь мало эффективна. Опухоли головы и шеи вызывают коммуникативные расстройства. Больные раком нервной системы часто страдают от речевых и артикуляционных проблем. Нужные специалисты – реабилитологи в районных и городских поликлиниках попросту отсутствуют. А санаторное лечение многим таким больным бывает противопоказано. Проблемы занятости таких больных также необходимо учитывать из-за утраты ими способности к активной профессиональной деятельности. Психологические проблемы у пациентов с онкологическими заболеваниями присутствуют при всех локализациях рака. Степень их выраженности больше, когда опухоль ассоциирована с ограничениями активной деятельности. Например, среди всех людей с опухолями нервной системы 78% имеют 1 или более психологическое расстройство. Эти больные естественно нуждаются в адекватной психосоциальной помощи [3]. Нежелание этих больных обращаться за помощью к психиатру и отсутствие развитой системы онкологической реабилитации обозначает проблему.

Выполненные в конце 1970 г. исследования [1] продемонстрировали, что психосоциальная поддержка прогнозируемо, ожидаемо улучшила качество жизни больных раком. Три мета-анализа проведенных комплексных программ реабилитации, включающих взрослых пациентов, было проведено в зарубежной медицинской литературе [1]. Meyer и Mark обобщили 45 рандомизированных, контролируемых исследований, включающих комплексную программу реабилитации, имели положительное влияние как на эмоциональное, так и физиологическое благополучие, а также смягчали проявления симптоматики заболевания и побочные эффекты лечения. Devine и Westlake

проанализировали 116 проведенных исследований и пришли к выводу, что реабилитационные программы приносят пользу больным раком при помощи коррекции тревожно-депрессивных расстройств, расстройств настроения, облегчения симптомов боли, тошноты, рвоты, когнитивных расстройств.

Sheard и Maguire [3] проанализировали 19 протокольных исследований по тревожным расстройствам и 20 – по депрессивным и пришли к заключению, что превентивная психологическая поддержка может смягчать клинические симптомы заболевания при тревоге, но не при депрессии у онкобольных. В случае депрессии на первое место выходит психофармтерапия. Превентивный характер проводимой программы комплексной реабилитации обусловлен крайне недостаточным количеством инструментов скрининга психологических расстройств у онкологических пациентов [4,10]. Депрессии встречаются с частотой от 5% до 50% в зависимости от метода оценки этого феномена и дизайна исследования [4,11].

Критерии удовлетворенности пациента конкретной проводимой программой психологической реабилитации обычно не встречаются в стандартных опросниках оценки терапии, несмотря на то, что это важная детерминанта благополучия больного [1,7,8] и качества проводимой терапии.

Анализ доступной литературы [1,4,5,6] показал, что несколько исследований групповой терапии больных раком позволило добиться существенного улучшения [1,13] психоэмоционального состояния этих пациентов.

9 исследований было проанализировано, среди них 2 включали в план терапии когнитивно-бихейвиоральные программы, 1 было сосредоточено на выработке навыков самостоятельной психологической помощи [1,9], 4 касались проведения образовательных программ среди пациентов [1,6,10-12] и одно являлось программой реабилитации через разъяснения [1,14]. Только 3 было рандомизированными [1,6,9,14], а другие упомянутые – пилотными исследованиями.

Чаще всего терапия составляла 6-10 сеансов 1 раз в 10 месяцев для недавно включенных в исследование пациентов и 1-недельная программа для пациентов, спустя 1 год после лечения [1,12].

Bottomley [4], Hammerlid et al [12], Heinrich и Schag [6] использовали методику интервьюирования для сбора информации о больных, в то время как во всех остальных исследованиях использованы опросники [4]. Некоторые исследования включали небольшие группы по 6-14 больных [1,4,5,12]. Наибольшая группа включала в себя 114 больных, заполнивших опросники.

Методология оценки результатов колебалась в очень широких пределах [1].

Watson [5] установил, что релаксация и обсуждение с больными проводимого лечения, оказались наиболее эффективными с терапевтической точки зрения, в то время как наименее эффективными с точки зрения психотерапевта оказалась методика ведения психологических дневников и старание устранить у больного тревожные мысли.

Показательным с точки зрения значимости метода комплексной реабилитации является большое проспективное когортное исследование, проведенное в Дании [4,12]. В исследование было включено 10382 женщины с раком молочной железы ранних стадий и 10211 женщин с распространенными формами рака молочной железы (РМЖ). Авторы установили, что пациентки, с депрессивными расстройствами различной степени выраженности имели ощутимо более высокий риск смерти в зависимости от конкретной стадии РМЖ и длительности депрессии. В другом исследовании [4,13] наблюдался более высокий уровень смертности больных с определенными акцентированностями личности онкобольного и психопатическими расстройствами.

Таким образом, сделанный обзор литературы показывает значимость внедряемых программ реабилитации онкобольных и их непосредственное влияние не только на качество жизни онкологических больных, но и на их выживаемость в целом.

Литература:

1. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments // Health Psychol.- 1995.- Vol. 14.- P. 101 - 108.
2. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults

with cancer: meta-analysis of 116 studies // *Oncol Nurs forum.* - Vol. 1995.- Vol. 22L. - P. 1369 - 1381.

3. Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses // *Br J Cancer.* - 1999.-Vol. 80.- P. 1770 - 1780.

4. Bottomley A. Group cognitive-behavioural therapy with cancer patients: the views of women participants on a shortterm intervention // *Eur J Cancer Care.* - 1998.- Vol. 7.- P. 23 - 30.

5. Watson M, Fenlon D, McVey G. A support group for breast cancer patients: development of a cognitive-behavioural approach // *Behav Cogn Psychother.* - 1996.- Vol. 24.- P. 73 - 81.

6. Heinrich RL, Schag CC. Stress and activity management: group treatment for cancer patients and spouses // *J Consult Clin Psychol.* - 1985.- Vol. 53.- P. 439 - 446.

7. Ley P. Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance // In: Marcer D (Ed.): *Psychology and medicine series.* - London: Croom Helm Ltd. - 1988.- 210 p.

8. Hellbom M, Brandberg Y, Glimelius B, Sjöden PO. Individual psychological support for cancer patients: utilisation and patient satisfaction // *Patient Educ Couns.* - 1998. - Vol. 34.- P. 247 - 256

9. Telch C. F, Telch M. J. Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: a comparison of strategies // *J Consult Clin Psychol.* - 1986.- Vol.54.- P. 802 - 808.

10. Diekmann JM. An evaluation of selected "I Can Cope" programs by registered participants // *Cancer Nurs.* - 1988.-Vol. 11.- P. 274-282.

11. Gregoire I, Kalogeropoulos D, Corcos J. The effectiveness of a professionally led support group for men with prostate cancer // *Urol Nurs.* - 1997.- Vol. 17.- P. 58 - 66.

12. Hammerlid E, Persson LO, Sullivan M, Westin T. Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer // *Otolaryngol. Head, Neck, Surg.* - 1999.- Vol. 120. - P. 507 - 516.

13. Cella DF, Sarafian B, Snider PR, Yellen SB, Winicour P. Evaluation of a community-based cancer support group // *Psycho-oncology.* - 1993.- Vol. 2.- P. 123-132.

14. Brandberg Y, Bergenmar M, Michelson H, Mansson-Brahme E, Sjöden PO. Six-month follow-up of effects of an information programme for patients with malignant melanoma // *Patient Educ Couns.* - 1996.- Vol. 28. - P. 201 - 218.

15. Cromes GF Jr. Implementation of interdisciplinary cancer rehabilitation // *Rehabil Counseling Bull.* - 1978.- Vol. 21.- P. 230-237.

16. Gartz PA, Coscarelli Schag CA, Heinrich RL. Rehabilitation. // In: Haskell CM (ed): *Cancer Treatment.* - Philadelphia: WB Saunders. - 1990.- P.883 - 892.