

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (лечебно-реабилитационные аспекты)

Е.П. Комкова, Ю.А. Магарилл, Н.П. Кокорина, А.С. Сергеев

*ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Кемерово
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава»
650036, г. Кемерово, ул. Волгоградская, 35, e-mail: guzokod@rambler.ru*

Представлен анализ эффективности лечебно-реабилитационных программ, включающих психофармакологические и психотерапевтические подходы, проведенных 220 онкологическим больным на этапах специального и паллиативного лечения. Программы разработаны с целью купирования нервно-психических расстройств. На этапе специального лечения ликвидация всех психопатологических расстройств (уровень «А») произошла у 3,4 % больных, значительное улучшение психического состояния (уровень «В») – у 9,3 % больных, неполное выздоровление (уровень «С») – у 59,3 %, незначительное улучшение психического состояния (уровень «Д») – у 28,0 % больных. У больных, получавших паллиативную терапию, уровень «С» был достигнут в 9,8 % случаев, незначительное улучшение психического состояния (уровень «Д») определяли у 90,2 % больных. Клинико-катамнестическое исследование, проводимое онкологическим больным на этапе специального лечения от одного до двух лет, также подтвердило эффективность разработанных комплексных лечебно-реабилитационных программ.

Ключевые слова: онкологические больные, специальное и паллиативное лечение, психическая реабилитация.

NEUROPSYCHIC DISORDERS IN CANCER PATIENTS (TREATMENT AND REHABILITATION ASPECTS)

*E.P. Komkova, Yu.A. Magarill, N.P. Kokorina, A.S. Sergeev
Regional Clinical Oncological Clinic, Kemerovo
Kemerovo State Medical Academy
35, Volgogradskaya Street, 650036-Kemerovo, e-mail: guzokod@rambler.ru*

The analysis of the efficacy of treatment and rehabilitation programs including psychopharmacological and psychotherapeutic approaches applied to 20 cancer patients has been presented. The programs were designed for the purpose to control neuropsychic disorders. During a special treatment, elimination of all psychopathological disorders (level A) occurred in 3,4 % of the patients, significant improvement of psychic state (level B) was observed in 9,3 % cases, incomplete recovery (level C) in 59,3 % and slight improvement of psychic state (level D) in 28,0 %. For the patients who received palliative therapy, the level C was achieved in 9,8 % of cases, slight improvement of psychic state (level D) was observed in 90,2 % of the patients. Clinicocatamnestic examination performed for cancer patients at the step of special treatment within 1–2 years also confirmed the efficacy of the complex treatment-rehabilitation programs.

Key words: cancer patients, special and palliative treatment, psychic rehabilitation.

Успехи клинической онкологии, улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных злокачественными опухолями, увеличение продолжительности их жизни не решили многих вопросов реабилитации, влияющих на уровень качества жизни онкологических пациентов. Нервно-психические расстройства, возникающие у онкологических больных на этапах специального и паллиативного лечения, усложняют процесс диагностики, терапии и негативно влияют на проявления и исход опухолевого процесса. Онкологические больные, получившие соответствующее своевременное психофармакологическое и психотерапевтиче-

ское лечение, характеризуются лучшей и более быстрой психосоциальной адаптацией к своему заболеванию и новым условиям жизни [1–6]. В связи с этим до настоящего времени остается актуальной задача внедрения и проведения в онкологических отделениях комплексных лечебно-реабилитационных программ для больных, включающих психофармакотерапию и психотерапию, с учётом этапа лечения: специального (хирургического, химиотерапевтического, лучевого) или паллиативного.

Цель исследования – провести анализ опыта проведения разработанных и внедренных комплексных лечебно-реабилитационных про-

грамм, включающих психофармакологические и психотерапевтические подходы, онкологическим больным на этапах специального и паллиативного лечения.

Материал и методы исследования

В группе исследования было 220 онкологических больных, из них 28 (12,7 %) мужчин и 192 (87,3 %) женщины в возрасте от 21 до 64 лет. Специальное лечение (хирургическое, химиотерапевтическое, лучевое) в областном клиническом онкологическом диспансере г. Кемерово проведено 118 (53,6 %) больным. В отделении хоспис городской клинической больницы № 4 г. Кемерово наблюдали 102 (46,4 %) пациентов, которым проводили паллиативную терапию. Критерием отбора больных для лечения было формирование у них различного уровня выраженности нервно-психических расстройств вне зависимости от локализации злокачественной опухоли.

Наблюдение осуществляли на протяжении от 1 до 10 мес как в стационаре, так и амбулаторно. В дальнейшем 53 (44,9 %) больным, прошедшим лечение в онкологическом диспансере, проводили катamnестическое исследование сроком от одного года до двух лет.

Наибольшее число наблюдений составили больные со II – 51 (43,2 %) и IV стадией заболевания – 31 (26,2 %), I и III стадия опухолевого процесса была подтверждена у 14 (11,9 %) больных в каждом случае. У 20 (16,9 %) пациентов с IV стадией были объективные признаки отдалённых метастазов. У 8 (6,8 %) больных диагноз злокачественного новообразования был снят после гистологического исследования послеоперационного материала.

Распределение больных в зависимости от нозологической формы онкологического заболевания представлено следующим образом: рак молочной железы – 67 (56,8 %) случаев, рак тела и шейки матки – 20 (16,9 %), рак яичников – 13 (11,0 %), лимфогранулематоз – 12 (10,2 %), рак мочевого пузыря и почек – 6 (5,1 %). На момент обращения в отделение восстановительного лечения онкологическим больным проводили различное специальное лечение: хирургическое – 18 (15,3 %) больным, химиотерапевтическое – 55 (46,6 %), лучевое – 30 (25,4 %) больным. На

амбулаторном наблюдении находились 15 человек (12,7 %). Впервые проходили специальное лечение 62 (52,5 %) больных, остальные уже имели опыт специального лечения.

Давность установления диагноза онкологического заболевания больше чем у половины больных (53,4 %) на этапе специального лечения составила до 1 мес. Общей для всех больных была тяжёлая психотравмирующая ситуация, связанная с установлением диагноза или выявлением рецидива и метастазов опухоли и необходимостью проведения специального лечения.

Наблюдение и лечение инкурабельных больных осуществляли в условиях отделения хоспис, из них было 25 мужчин (24,5 %) и 77 женщин (75,5 %). Пациентам с различными онкологическими заболеваниями (рак молочной железы, рак тела и шейки матки, рак яичников, предстательной железы, мочевого пузыря, почек, лёгкого, лимфогранулематоз и др.) проводили паллиативную терапию. Средний возраст больных составил $53,7 \pm 0,25$ года. Среди больных хосписа преобладали мужчины в возрасте свыше 50 лет. Давность установления диагноза злокачественного новообразования у большинства больных на этапе паллиативного лечения составила от 1 до 3 лет (42,1 %). Ранее получали специальное лечение 59 человек (57,8 %). В 43 (42,2 %) случаях были выявлены первично диссеминированные злокачественные новообразования.

В проведенном исследовании в качестве основных методов использовали: клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-катamnестический. Для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS).

С целью оценки эмоционального состояния больного, критического отношения к болезни, установок на прогноз заболевания на этапе специального и паллиативного лечения использовали проективный метод визуализации представлений в рисунках больных ввиду не только простоты применения, но и наглядности.

Результаты исследования

На всех этапах специального лечения (хирургическое, химиотерапевтическое, лучевое) у

онкологических больных было характерно формирование тревожно-депрессивного (47,5 %), депрессивного (24,5 %) и субдепрессивного (28 %) синдромов, которые согласно МКБ-10 квалифицировались как расстройства адаптации и другие реакции на тяжёлый стресс. На возникновение указанных нервно-психических расстройств в большинстве случаев влияли: психотравмирующее воздействие информации о диагнозе онкологического заболевания, последующее послеоперационное физическое обезображивание, инвалидизация, необходимость длительного проведения специального лечения, страх перед побочными действиями химиотерапии, лучевой болезнью и болевым синдромом, а также существующее представление о смертельном исходе заболевания.

На этапе специального лечения у больных преобладала тревожно-депрессивная симптоматика. По шкале HADS средний уровень тревоги до лечения составил $14,0 \pm 0,1$ балла; средний уровень депрессии – $12,41 \pm 0,11$ балла (клинически выраженная тревога и депрессия, равная 11 баллам и выше).

У онкологических больных, получавших паллиативную терапию, были выявлены следующие синдромы: депрессивный (35,3 %), депрессивно-ипохондрический (31,4 %), тревожно-депрессивный (16,7 %), дисфорический (9,8 %) и апатический (6,8 %), которые согласно МКБ-10 квалифицировались как расстройства адаптации и психические расстройства вследствие повреждения, дисфункции головного мозга и физической болезни. В клинической структуре выявленных синдромов преобладали выраженные проявления астенизации пациента, в большинстве случаев обусловленные длительным воздействием распространённого опухолевого процесса. Для всех больных хосписа был характерен достаточно высокий уровень депрессии ($11,48 \pm 0,29$ балла) и тревоги ($13,12 \pm 0,21$ балла).

Для онкологических больных с нервно-психическими расстройствами были разработаны и внедрены 4 комплексные лечебно-реабилитационные программы, включающие психофармакотерапию и различные виды психотерапии. Первые три программы предназначались для онкологических больных на этапе

специального лечения. Они были направлены на купирование нервно-психических расстройств, активное формирование установки на «жизнь», мобилизацию резервных возможностей психических функций пациентов. Основное значение для больных на этом этапе придавали различным групповым психотерапевтическим методикам (релаксация и визуализация по К. Саймонтон и С. Саймонтон, 2001; аутотренинг, дыхательные упражнения, рефрейминг содержания и др.). Из психофармакологических медикаментов преимущественно применяли препараты с анаксиолитическим и антидепрессивным действием. В рамках указанных программ также назначали фитотерапию, ЛФК и массаж.

Четвёртая программа предназначалась для инкурабельных онкологических больных на этапе паллиативного лечения и была направлена в основном на проведение медикаментозной терапии с целью смягчения психопатологической симптоматики, уменьшения болевого синдрома, расстройств питания, нарушений обменных процессов и интоксикации. При применении психотерапии, которая носила индивидуальный характер, формировали установки на выполнение и продолжение паллиативного лечения и активацию психических функций пациентов.

Оценка эффективности (по В.Я. Семке, 1980) проведения комплексных индивидуальных лечебно-реабилитационных программ на этапе специального лечения показала, что устранение всех психопатологических расстройств (уровень «А») было достигнуто у 3,4 % больных, значительное улучшение психического состояния (уровень «В») наблюдали у 9,3 % больных, неполное выздоровление (уровень «С») – у 59,3 %, незначительное улучшение психического состояния (уровень «Д») – у 28,0 % больных.

Наиболее значительное клиническое улучшение, уменьшение реактивной и личностной тревожности, показателей тревоги и депрессии по шкале HADS наблюдали у пациентов с тревожно-депрессивным синдромом. По данным шкалы HADS наблюдали снижение выраженности тревоги на 23,4 % (с $14,0 \pm 0,11$ до $0,72 \pm 0,09$), депрессии – на 21,2 % (с $12,41 \pm 0,11$ до $9,78 \pm 0,09$).

На этапе паллиативной терапии уровень «С» был достигнут – у 9,8 %, незначительное улуч-

шение психического состояния (уровень «Д») определяли у 90,2 % больных. По шкале HADS наблюдали снижение выраженности тревоги на 23,1 % (с $13,12 \pm 0,21$ до $10,09 \pm 0,19$), депрессии – на 10,1 % (с $11,48 \pm 0,29$ до $10,32 \pm 0,34$).

Клинико-катамнестическое исследование, проводимое онкологическим больным на этапе специального лечения от одного до двух лет, также подтвердило эффективность разработанных и внедрённых комплексных лечебно-реабилитационных программ. Психическое состояние больных отличалось компенсированностью и стабильностью, что обуславливало высокий уровень семейно-профессиональной адаптации. Из 53 обследованных больных 79,2 % сохранили семью, 64,1 % продолжали трудиться в прежнем профессиональном статусе.

Таким образом, дифференцированное применение комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий, основанных на изучении нервно-психических расстройств у онкологических больных на этапах специального и паллиативного лечения, позволило судить об их эффективности, подтверждённой клинико-динамическим, экспериментально-психологическим и клинико-катамнестическим исследованиями.

Выводы

1. Для снижения выраженности или купирования нервно-психических расстройств у онкологических больных на этапах специального и паллиативного лечения необходимо проведение

комплексных лечебно-реабилитационных программ, включающих психофармакотерапию и психотерапию.

2. Применение комплексных лечебно-реабилитационных программ должно проводиться индивидуально, с учётом клинической структуры нервно-психических расстройств и этапа лечения: специального или паллиативного.

3. Для повышения качества помощи онкологическим больным необходимо привлекать к их лечению психиатров, психотерапевтов и включать в программы подготовки врачей, участвующих в проведении специального и паллиативного лечения (онкологи, терапевты), современные и доступные к применению в широкой практике психофармакологические и психотерапевтические подходы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. 2001. № 1 (5). С. 5–6.
2. Гнездилов А.В. Психогенные реакции на неблагоприятный диагноз и проблемы инкурабельных больных // Вестник психотерапии. 2003. № 9 (14). С. 29–44.
3. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространённым раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2005. 44 с.
4. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск, 1999. С. 242–254.
5. Семке В.Я., Чойнзонов Е.Л., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н. Очерки сибирской психоонкологии. Томск, 2008. 200 с.
6. Ciaramella A., Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment // Psycho-Oncology. 2001. Vol. 10. P. 156–165.

Поступила 22.11.08