

КУРС ЛЕКЦИЙ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Том II

**Под редакцией
профессора Г.А. Новикова,
академика РАМН, профессора В.И. Чиссова,
профессора О.П. Модникова**

Книга издана при поддержке:
Общероссийского Общественного Движения
«МЕДИЦИНА ЗА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»
Благотворительного фонда имени О.П. Модникова
Ульяновского Государственного Университета

Электронная версия книги подготовлена
при финансовой поддержке
Института «Открытое Общество»

МОСКВА 2004

УДК 616 = 006.04 = 082 = 039.75 (042)

ББК 55,6

К 93

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ:

проф. Г.А. НОВИКОВ, акад. РАМН, проф. В.И. ЧИССОВ, проф. О.П. МОДНИКОВ, канд. мед. наук Г.Р. АБУЗАРОВА, докт. мед. наук В.П. АЛЕКСАНДРОВ, канд. мед. наук В.Х. АНАПАЛЯН, докт. мед. наук А.В. АСЕЕВ, Т.Ф. АФАНАСЬЕВ, канд. мед. наук Т.З. БИКТИМІРОВ, протоиерей о. ВАСИЛИЙ (БЛАНКОВСКИЙ), канд. философ. наук А.М. БЛОК, проф. А.В. БОЙКО, канд. мед. наук И.Д. БУБЛИКОВ, канд. мед. наук М.А. БЯЛИК, член-корр. РАМН, проф. А.В. ВАЖЕНИН, Д.А. ВАЖЕНИНА, канд. мед. наук М.А. ВАЙСМАН, канд. мед. наук М.В. ВАСИЛЬЧЕНКО, докт. мед. наук А.Н. ВЕЛИКОЛУГ, проф. Л.З. ВЕЛЬШЕР, канд. мед. наук А.З. ВИНОГРАДОВ, канд. мед. наук Б.Ю. ВОЛОДИН, докт. мед. наук З.Р. ГАБУНИЯ, проф. Ш.Х. ГАНЦЕВ, проф. М.Ю. ГЕРАСИМЕНКО, Ю.А. ГЕРАСИМЕНКО, проф. А.Б. GERMANOV, канд. мед. наук Е.С. ГЛЕБОВА, канд. мед. наук О.П. ГРЕБЕННИКОВА, Ю.В. ГУРОВ, проф. С.Л. ДАРЬЯЛОВА, канд. мед. наук Н.В. ДЕНЬГИНА, проф. В.И. ДОЛГИНЦЕВ, канд. мед. наук В.А. ДОНЦОВ, канд. мед. наук В.И. ДОРОФЕЕВА, докт. мед. наук Т.К. ДУДИЦКАЯ, проф. А.М. ДЮКАРЕВА, проф. Г.К. ЖЕРЛОВ, канд. мед. наук М.П. ЗВЕРЕВ, докт. мед. наук Е.Ю. ЗЛАТНИК, докт. мед. наук Д.В. ЗЫКОВ, канд. мед. наук, докт. философ. наук, проф. А.А. ИВАНЮШКИН, проф. И.Д. КАРЕВ, проф. М.И. КАРЕЛИН, канд. мед. наук В.Н. КАСЬЯНЕНКО, Е.Н. КИСЕЛЕВ, канд. мед. наук Б.Н. КОВАЛЕВ, проф. Е.П. КУЛИКОВ, докт. мед. наук О.К. КУРПЕШЕВ, канд. мед. наук А.К. КУРПЕШЕВА, канд. мед. наук М.Л. МАЛЕЙКО, член-корр. РАМН, проф. Ю.С. МАРДЫНСКИЙ, канд. мед. наук В.В. МАСЛОВ, канд. мед. наук И.А. МЕЩЕРЯКОВА, докт. мед. наук В.М. МОИСЕЕНКО, проф. Е.И. МОИСЕЕНКО, докт. мед. наук А.Г. МОНАХОВ, докт. мед. наук Л.А. ОРЛОВСКАЯ, проф. Н.А. ОСИПОВА, докт. мед. наук В.В. ПАСОВ, проф. С.С. ПЕТРОВ, канд. мед. наук Е.В. ПОЛЕВИЧЕНКО, канд. мед. наук В.Н. ПРИЛЕПО, канд. мед. наук Б.М. ПРОХОРОВ, член-корр. РАМН, проф. И.В. РЕШЕТОВ, канд. мед. наук В.В. РОДИОНОВ, канд. мед. наук С.В. РУДОЙ, канд. философ. наук В.А. РЫБИН, канд. мед. наук М.А. САГИДОВ, Е.Н. СЁМКИНА, канд. мед. наук В.И. СОЛОВЬЕВ, проф. В.В. СТАРИНСКИЙ, докт. мед. наук М.Л. СТАХАНОВ, проф. А.Е. СУХАРЕВ, проф. Н.Д. ТВОРОГОВА, докт. мед. наук В.Н. ТИМУХИНА, канд. мед. наук В.В. ФАСТАКОВСКИЙ, проф. Е.М. ФРАНЦИЯНЦ, проф. А.А. ФОКИН, докт. мед. наук А.К. ХЕТАГУРОВА, докт. мед. наук А.В. ЧЕРНИЧЕНКО, проф. В.Н. ЧЕХОНАДСКИЙ, проф. С.С. ЧИСТЯКОВ, канд. мед. наук Г.А. ЧОЧУА, канд. мед. наук О.В. ШАБАЛИНА, канд. мед. наук М.Г. ШАРАФУТДИНОВ, канд. мед. наук О.Н. ШАРОВА, канд. мед. наук В.П. ШАШКОВ, Е.И. ШУМИЛОВ, канд. психолог. наук Н.В. ЯКОВЛЕВА.

**Под редакцией профессора Г.А. Новикова, академика РАМН,
профессора В.И. Чиссова, профессора О.П. Модникова**

Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим
больным. — Том II. — М.: 2004. — 488 с.: ил.

ISBN 5-94039-006-4

ISBN 5-94039-006-4

© Коллектив авторов, 2004

Все права авторов защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.



Раздел II

МЕТОДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

II.3	<u>Применение физических факторов в паллиативной помощи</u>	
II.3.1	Применение физических факторов для оказания паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Вельшер Л.З., Чистяков С.С., Стаханов М.Л., Дорофеева В.И., Зверев М.П.</i>	5
II.3.2	Роль гипертермии в лучевом лечении местнораспространенных форм злокачественных опухолей. <i>Мардынский Ю.С., Курпешев О.К.</i>	13
II.3.3	Экспериментальные и клинические основы применения гипертермии в лечении химиорезистентных форм опухолей. Общая гипертермия. <i>Курпешев О.К., Мардынский Ю.С., Курпешева А.К.</i>	34
II.3.4	Гипертермия в лечении диссеминированных и местно-распространенных форм злокачественных опухолей. <i>Карев И.Д., Монахов А.Г.</i>	54
II.3.5	Вихревые магнитные поля при паллиативном лучевом лечении рака. <i>Модников О.П., Деньгина Н.В., Шабалина О.В., Глебова Е.С.</i>	73

II.4	<u>Хирургические методы в паллиативной помощи</u>	
II.4.1	Хирургические методы оказания паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Вельшер Л.З., Чистяков С.С., Стаханов М.Л., Дудицкая Т.К., Германов А.Б., Габуния З.Р., Прилепо В.Н., Гребенникова О.П., Маслов В.В., Афанасьев Т.Ф., Чочуа Г.А.</i>	100
II.4.2	Неотложные абдоминальные хирургические вмешательства в паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Ганцев Ш.Х.</i>	115
II.4.3	Принципы и тактика хирургического лечения при местных лучевых повреждениях у больных раком молочной железы. <i>Пасов В.В.</i>	129
II.4.4	Паллиативные операции при раке желудка. <i>Жерлов Г.К., Зыков Д.В.</i>	148
II.4.5	Паллиативные операции при колоректальном раке. <i>Куликов Е.П., Бубликов И.Д.</i>	167
II.4.6	Хирургические аспекты лечения местнораспространенных опухолей 4 стадии. <i>Решетов И.В.</i>	184
II.5	<u>Психотерапия в паллиативной помощи</u>	
II.5.1	Психотерапевтические аспекты реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Новиков Г.А., Великолуг А.Н.</i>	197
II.5.2	Психическая патопластика у онкологических больных и подходы к ее коррекции. <i>Гуров Ю.В.</i>	206
II.5.3	Психические расстройства и их коррекция у онкологических больных. <i>Шарова О.Н., Важенин А.В., Важенина Д.А.</i>	227



II.3. ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

II.3.1. ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Применение лазеров

В разговорном языке постепенно утвердилось, что под термином «ЛАЗЕР», прежде всего, понимают оптические квантовые генераторы, т.е. приборы, продуцирующие лазерное излучение, а среди медиков этим же термином в большинстве случаев определяют и само излучение, т.е. собственно лазерный луч. Однако следует понимать, что буквосочетание ЛАЗЕР является аббревиатурой, составленной из первых букв английской фразы: «Light amplification by stimulated emission of radiation», что в переводе на русский язык выглядит как усиление света с помощью индуцированного излучения.

Лазерное излучение представляет собой специфическое световое излучение, которое может быть импульсным или непрерывным, но в отличие от других видов электромагнитных колебаний оно монохроматично, когерентно и поляризовано.

Воздействие световой энергии на такой сложный биологический объект, как организм человека, при низкоинтенсивной лазерной терапии можно представить как многоступенчатый процесс: поглощение кванта света → первичный фотофизический или фотохимический акты → промежуточные стадии, включающие образование фотосенсибилизированных продуктов и перенос энергии в тканях → образование физиологически активных соединений → включение нейро-гуморальных реакций → конечный фото-

биологический эффект, который может быть выражен в виде следующих клинических проявлений:

1. Улучшение микроциркуляции, вызванное тем, что тормозится агрегация тромбоцитов, повышается их эластичность, снижается концентрация фибриногена в плазме крови и усиливается фибринолитическая активность, уменьшается вязкость крови, увеличивается снабжение тканей кислородом.
2. Уменьшение или исчезновение ишемии в тканях органов; увеличение сердечного выброса, снижение общего периферического сопротивления, расширение коронарных сосудов, повышение толерантности к различным нагрузкам.
3. Нормализация метаболизма клеток, подвергшихся гипоксии или ишемии, накопление в клетках циклических АМФ, сохранение клеточного гомеостаза.
4. Противовоспалительное действие за счет торможения высвобождения гистамина и других медиаторов воспаления из тучных клеток, угнетения синтеза простогландинов; нормализация проницаемости капилляров, уменьшение отека и болевого синдромов.
5. Коррекция иммунитета, связанная с повышением общего уровня Т-лимфоцитов, лимфоцитов с супрессорной активностью, увеличением Т-хелперов при отсутствии снижения количества лейкоцитов в периферической крови, снижение концентрации IgA, IgI.
6. Влияние на процессы перекисного окисления липидов в сыворотке крови: уменьшение содержания малонового диальдегида, диеновых конъюгатов и повышение уровня α -токоферола.
7. Нормализация липидного обмена: повышение активности липопротеиназы, снижение уровня атерогенных липопротеинов.

В зависимости от характеристики процессов, возникающих в биологических тканях в результате воздействия на них лазерного излучения, к настоящему времени выделяют три направления лечебного применения лазеров:

- лазерная хирургия, при которой используются аппараты, обеспечивающие высокую мощность лазерного излучения, позволяющую проводить фоторазрушение (коагуляцию, обугливание, испарение или резание) биологических тканей;
- лазерная терапия, при которой используется лазерное излучение малой мощности (низкоинтенсивная лазерная те-

рапия). Не повреждая клеток и тканей организма, низкоинтенсивное лазерное излучение оказывает регулирующее влияние на происходящие в них биохимические и биофизические процессы, вызывает биостимулирующий, противовоспалительный, анальгезирующий и другие терапевтические эффекты. Под низкоинтенсивной лазерной терапией принято понимать такое воздействие, когда поглощенная участком тела световая энергия не повышает его температуру более чем на 1°C ;

- фотодинамическая диагностика и терапия, в основе которой лежит эффект возникновения под действием определенного светового излучения специфических биохимических и биофизических реакций в клетках и тканях, имеющих в своем составе достаточное количество специфических веществ (фотосенсибилизаторов).

В клинической онкологии к настоящему времени применяются и то, и другое, и третье. Однако, на первом этапе внедрения лазерной техники в медицину и, в частности, в онкологию нашли применение высокоэнергетические лазеры, использование которых позволяло уменьшить объем хирургического вмешательства, обеспечить должную абластичность операции и при этом сделать ее менее травматичной. Наибольшее распространение в клинической онкологии получили углекислотный лазер и лазер на искусственном кристалле граната с присадками алюминия, неодима и иттрия (алюмо-иттриевый на неодиме гранатовый лазер; АИГ-неодимовый лазер; YAG-Nd-лазер). И углекислотный, и гранатовый лазеры выпускаются как в нашей стране, так и в других странах мира. Они относятся к высокоэнергетическим лазерным установкам хирургического назначения и принципиально отличаются между собой длиной волны излучения: $10,6\text{ мкм}$ (CO_2 лазер) и $1,06\text{ мкм}$ (АИГ-неодимовый лазер). Именно длина волны излучения в основном определяет то или иное применение каждой конкретной лазерной установки.

Современные конструкции лазерных аппаратов позволяют получать достаточно мощное (до 250 Вт) излучение как в непрерывном, так и в импульсном режиме. При этом физико-оптические характеристики излучения АИГ-неодимового лазера позволяют без существенных энергетических потерь передавать световую мощность по специальному кварц-полимерному световоду, диаметр которых не превышает 1 мм . Это делает возможным применение лазеров данного класса в эндоскопической хирургии, когда лазерное излучение от источника до конкретного биологического объекта передается по световоду, введенному в биопсийный канал

фиброэндоскопа. Биофизические характеристики излучения АИГ-неодимового лазера обеспечивают весьма хорошие гемостатические возможности, что позволяет эффективно коагулировать кровоточащие кровеносные сосуды, в т.ч. и артериальные, до 2-х мм диаметром.

В клинической онкологии излучение АИГ-неодимового лазера применяется при лазерном удалении небольших, до 2-2,5 см диаметром экзофитных доброкачественных и злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта, носо- и ротоглотки, гортани, трахеи и бронхов, пищевода, желудка, толстой и прямой кишки, а также мочевого пузыря и матки. При этом следует отметить, что эндоскопические лазерные операции больным со злокачественными новообразованиями указанных локализаций могут быть как радикальными, так и паллиативными. При этом с точки зрения оценки качества помощи онкологическим больным паллиативные лазерные операции имеют не менее важное значение не только улучшая качество жизни пациентов, но и в определенной степени увеличивая ее длительность. Наиболее яркими примерами этого являются результаты клинических наблюдений за больными, которым по поводу обтурации просвета гортани, трахеи или бронхов, пищевода, кардиального или пилорического отделов желудка злокачественной неоперабельной опухолью проведена паллиативная эндоскопическая лазерная реканализация просвета пораженного участка того или иного органа. Эндоскопическая лазерная коагуляция распадающейся опухоли позволяет достаточно надежно предупредить возникновение кровотечения или остановить кровотечение при его возникновении.

Среди больных раком пищеварительного тракта или дыхательных путей далеко не всем оказывается возможным выполнить традиционное радикальное хирургическое вмешательство в силу большого количества разнообразных сопутствующих заболеваний, совокупность которых делает весьма рискованным традиционное радикальное лечение. Несомненно, что эндоскопическая лазерная коагуляция и выпаривание опухоли, очевидно, являясь паллиативной операцией, тем не менее, остается операцией выбора у ослабленных больных и больных пожилого и старческого возраста.

Углекислотный лазер применяется в паллиативной онкологии в значительно меньшей степени и, как правило, его применение ограничивается лазерной коагуляцией и удалением метастатических опухолей кожи и лазерной коагуляцией распадающихся опухолей наружных локализаций, которые в большинстве своем

носят «санитарный» характер. В ряде случаев, при ослабленном состоянии больны страдающих раком вульвы или начальной стадией рака шейки матки лазерное иссечение опухоли может быть операцией выбора. Однако при этом следует помнить, что, несмотря на паллиативный характер данной операции, нередко удается достичь весьма длительной ремиссии заболевания (до 3-х лет и более).

В основе методов фотодинамической терапии лежит использование лазерного излучения, длина волны и мощность которого должны соответствовать не только размерам и анатомо-морфологическим особенностям опухоли, но и конкретному фотосенсибилизатору, который вводится в организм пациента для получения фототерапевтического эффекта. В следствие воздействия лазерного излучения в опухолевых клетках, содержащих повышенные концентрации фотосенсибилизатора, происходят фотохимические реакции, в результате которых выделяется большое количество синглетного кислорода, благодаря которому происходит некролизация опухоли и постепенное замещение ее соединительной тканью.

Применение методов фотодинамической терапии в лечении онкологических больных до настоящего времени носит ограниченный характер. Тем не менее за 8 лет клинического применения метода в лечении больных злокачественными опухолями различной локализации, распространенности и морфологического строения убеждают в его высокой эффективности даже при лечении больных на 3 и 4 стадиях заболевания.

Низкоинтенсивная лазерная терапия применяется у онкологических больных весьма ограничено. Как правило, большинство врачей, занимающихся практическим применением методов низкоинтенсивной лазерной терапией, полагают, что наличие у больного онкологического заболевания является противопоказанием к проведению лазерной терапии. Тем не менее, в ряде случаев низкоинтенсивное лазерное излучение способствует улучшению заживлению послеоперационных ран, восстановлению микро- и макроциркуляции крови и лимфы в тканях в области операции, снижению интенсивности постлучевых реакций и т.п. Последние годы методы низкоинтенсивной лазеротерапии стали достаточно широко использовать с целью медицинской реабилитации онкологических больных, которым проведено радикальное лечение по поводу того или иного онкологического заболевания.

Применение криогенного метода

Возможности криогенного лечения больных пожилого возраста, страдающих распространенными и рецидивными опухолями головы и шеи изучается нами на протяжении 15 лет. По данным литературы эта группа больных составляет от 60 до 80% от всех больных, поступающих в стационар с указанной патологией. У части этих больных традиционные способы лечения были исчерпаны, у другой части проведение их было затруднено или невозможно из-за тяжелых сопутствующих заболеваний. Доказано, что реакция организма на локальное криовоздействие минимальна. Это позволяет проводить его больным, которым невозможно провести традиционное лечение. За истекшие 15 лет нами было проведено криогенное лечение 16000 больных, страдающих раком кожи (70%), раком нижней губы (22%), раком слизистой оболочки полости рта (80%). Анализ отдаленных результатов показывает, что в сроке наблюдения до 5 лет при раке кожи 1-2 стадии и ограниченных рецидивах излечение достигнуто в 100% случаев. При раке кожи 3 стадии — в 96,3%. При распространенных рецидивных опухолях — в 70% случаев. У больных раком нижней губы 1-2 стадии в сроки наблюдения до 5 лет получено 100% излечение. Рак губы 3 стадии — излечение в 90% случаев. Ограниченные рецидивы рака губы были излечены в 100% случаев. Распространенные рецидивы — в 80% случаев.

Особо следует остановиться на группе больных, которым криогенное лечение проводилось с сугубо паллиативной целью. Как правило, это больные, страдающие множественным раком кожи. Число опухолей у таких больных составляло от 5 до 30 локализаций. При лечении таких больных как правило ставилось несколько задач: уменьшение интоксикации, предотвращение кровотечения, улучшение качества жизни и ее продление. Даже в тех случаях, когда лечение проводилось с сугубо паллиативной целью, мы пытались разрушить опухоль настолько возможно радикально. Эти больные оставались под строгим динамическим наблюдением. При возникновении продолженного роста опухоли или возникновении новой локализации лечение повторялось. Данная тактика применялась нами в группе больных составившей 537 человек. 34% из них наблюдается и лечится нами с 1987 года при удовлетворительном качестве жизни.

Подводя итоги, можно сказать, что криогенный метод позволяет добиться хороших результатов при лечении ограниченных первичных и рецидивных опухолях кожи, нижней губы, слизистой

оболочки полости рта и значительно продлить срок жизни и улучшить ее качество в тех случаях, когда радикальное лечение невозможно.

Лучевая терапия генерализованных форм злокачественных новообразований с симптоматической (обезболивающей) целью

Широкое использование в клинической практике гамма излучений, а также фотонных и электронных излучений ускорителей электронов с энергией 6-20 Мэв существенно расширили возможности применения лучевого лечения онкологических больных с паллиативной целью.

Действие ионизирующих излучений на опухоль и окружающие ткани представляет собой чрезвычайно сложный процесс, сопровождающийся определенными функциональными, морфологическими и восстановительными изменениями в облученной ткани и зависят от многочисленных факторов, в том числе от поглощенной дозы и временных условий.

Учет многообразных эффектов биологического воздействия служит основанием для успешного применения лучевой терапии в качестве радикального, комбинированного, комплексного и паллиативного методов лечения и нередко оказывается методом выбора.

При генерализованных формах злокачественного процесса с отдаленными метастазами в кости скелета в онкологической практике прибегают к паллиативной лучевой терапии. В таких случаях речь может идти только о сугубо симптоматическом, обезболивающем лучевом лечении.

При локальном облучении области метастатического поражения в плане симптоматического (обезболивающего) лечения достигаются важные терапевтические эффекты: уменьшаются или полностью исчезают изнуряющие боли, достигается существенное подавление злокачественного роста метастатической опухоли с регрессивными явлениями, вследствие чего уменьшается вероятность возникновения патологических переломов, значительно улучшаются функциональные возможности пораженных отделов скелета, что существенно влияет на улучшение качества жизни онкологического больного.

Несмотря на то, что при таком симптоматическом лечении применяются меньшие поглощенные дозы в очаге, чем при радикальном лечении, проведение облучения в комплексе с другими терапевтическими мероприятиями может способствовать увеличению продолжительности жизни больных.

В кости метастазируют практически все известные злокачественные опухоли независимо от локализации. Однако, наиболее часто — это рак молочной железы, предстательной и щитовидной железы, легкого и почки. При генерализованной форме рака молочной железы и метастазах в позвоночник отмечается значительное ухудшение состояния больных — развиваются симптомы компресс, болевой синдром. Больные теряют возможность двигаться. Нарастает угроза возникновения компрессионного перелома и др.

Проведение лучевой терапии с обезболивающей целью с применением методики облучения с двух полей под углом 40-45° с разовой очаговой дозой 2 Гр и при суммарной очаговой дозе 40-45 Гр, или с разовой очаговой 3-4 Гр до суммарной очаговой дозы 24 Гр с включением в зону облучения двух вышележащих и двух нижележащих позвонков приводит к уменьшению или исчезновению тяжелых клинических симптомов; улучшается самочувствие больных. Они приобретают возможность передвигаться. Значительно улучшается качество жизни. Кроме того, сокращается потребность в применении анальгезирующих средств, отодвигается период необходимости применения сильных наркотических препаратов.

При других локализациях злокачественного процесса с метастазами в кости методика облучения планируется в зависимости от общего состояния больных, радиочувствительности опухоли, степени распространенности злокачественного процесса и др.

Лучевая терапия в плане симптоматического лечения хорошо переносится больными, безболезненна и может применяться в амбулаторных условиях.

Клиническая эффективность метода лучевой терапии в плане симптоматического лечения делает ее универсальным лечебным средством у большого числа больных с генерализованными формами злокачественных опухолей.

II.3.2. РОЛЬ ГИПЕРТЕРМИИ В ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Исследования о влиянии нагревания на опухоль ведутся с начала XX столетия, хотя первые наблюдения относятся и к более раннему периоду. Одной из первых публикаций о тормозящем влиянии малярийной лихорадки на развитие опухоли у больного является работа De Krowitz W. (1775). В последующем Busch W. (1866) описал случай спонтанной регрессии гистологический подтвержденной мягкотканной саркомы у женщины после перенесенного рожистого воспаления. Rohdenburg G. (1918) сообщил о 19 из 26 случаев спонтанно регрессированных сарком у больных, перенесших лихорадку. Selavary O. (1957) проанализировал имеющиеся в литературе сведения о 450 случаях спонтанной регрессии гистологически верифицированных злокачественных опухолей и пришел к выводу, что у 1/3 больных опухоли регрессировали после перенесенных инфекционных заболеваний, сопровождавшихся высокой температурой (рожа, скарлатина, малярия, тиф и др.). В 1964 г. Everson T. опубликовал сообщение о 130 случаях спонтанной регрессии опухолей различного генеза (меланома, остеогенная саркома и др.) после перенесенного больными инфекционных заболеваний.

После первых сообщений о спонтанной регрессии опухолей связанных с перенесенной лихорадкой, ряд исследователей начали создавать у онкологических больных ее искусственно (пиротерапия), вводя им малярийные плазмодии (Goetze и др., 1931), или вирулентные стрептококки (Coley W., 1893, 1896). Однако в последующем они отказались от методики введения живых микроорганизмов т.к. такой способ повышения температуры тела было небезопасно для больных, и перешли к использованию токсинов, извлекаемых из убитых микроорганизмов. Однако, как показала практика, этот метод тоже оказался далеко небезопасным, т.к. вызвала неуправляемую гипертермию в организме больного.

В этой связи в начале XX столетия начала разрабатываться методы экзогенной гипертермии с помощью различных физических факторов: горячий воздух, одеяла с подогревом, водяные ванны и электромагнитное излучение (Шамов В.Н., 1911; Френкель Г.Л., 1939, 1945). Однако проводимые им исследования в силу недостаточного развития самой медицины, особенно интенсивной терапии, не вышли за рамки руководимых им клиник.

Одним из ранних систематизированных клинических исследований эффекта гипертермии (ГТ) с применением указанных способов нагрева являются работы Hofman K. (1957) и Crile G. (1962). Hofman K. (1957) у одного больного, имевшего 64 метастатических узла меланомы, после безуспешного лучевого лечения, наблюдал полное рассасывание 14 метастазов только при одном нагревании их с помощью горячего воздуха до 45°C. Crile G. (1962) описал полное исчезновение метастазов нейробластомы, меланомы и рецидивов рака кожи при нагревании с помощью водяной бани до температуры 45°C в течение 1-2 ч. Однако во всех исследованиях степень регрессии опухолей была неодинаковой и зависела от их гистоструктуры. В частности, метастазы рака желудка оказались наиболее резистентными к тепловому воздействию, поэтому полную регрессию у данных опухолей не наблюдали ни в одном случае. В этой связи он высказал мысль, что нагревание опухолей целесообразнее использовать для усиления эффекта радиационного воздействия. В своих дальнейших исследованиях он с успехом использовал сочетанное воздействие радиации и тепла при лечении больных кожными метастазами рака молочной железы, меланомой кожи лица, метастазами аденокарциномы в печень и остеогенной саркомой.

Hall R. (1975) при орошении полости мочевого пузыря горячим изотоническим раствором хлорида натрия температурой 42-45°C, производимом в течение 3 ч ежедневно на протяжении 5-14 дней и в сочетании с облучением, добился регрессии опухоли в 81% случаев. Другие исследователи также показали, что сочетанное применение гипертермии при химио- или лучевом лечении дает лучшие результаты по сравнению с эффектом одного из этих методов. Pujol H. и Solassol C. (1966) при предоперационной термохимиолучевой терапии 16 больных злокачественной меланомой у 5 отметили полное рассасывание, у 4 — частичное и у 4 — стабилизацию роста опухоли, и только у 3 больных положительного результата не получили. Из 26 больных саркомой мягких тканей 9 прожили без рецидива заболевания в течение от 2,5 до 6,5 лет.

Несмотря на достигнутые положительные результаты, такие методы как регионарная перфузия и орошение полости органа горячим раствором, являлись небезопасными. Александров Н.Н. и др. (1973) указали, что плохое кровоснабжение внутренней части опухоли обуславливает медленное перегревание, а так как эффективная температура достигается в течение длительного времени, то длительный перегрев приводящих артерий ведет к тромбозу сосудов вследствие повреждения их стенок. Так Lundnayer G. и др. (1973) у всех 22 больных с опухолями мочевого пузыря при гипер-

термической перфузии наблюдали выраженный цистит, а у одного больного — восходящий пиелонефрит. Cavaliere R. и др. (1967) отметили, что из 22 больных, при лечении которых использовали метод горячей перфузии, 6 человек умерли. По данным Stehlin J. и др. (1979), из 165 больных меланомы при таком методе гипертермии 2 умерли от осложнений, 3 пришлось ампутировать конечность, а у 2 развился некроз ткани.

В связи с вышеуказанными осложнениями рассмотренные методы гипертермического лечения не нашли широкого применения, и в настоящее время особое внимание уделяется использованию электромагнитного излучения и ультразвука.

В данной лекции сделана попытка провести обзор клинического материала по термолучевой терапии (ТЛТ) опухолей накопленного за эти годы и дать критический анализ возможности применения этого метода при лечении онкологических больных с различными локализациями и распространенностью опухолевого процесса. При проведении такой работы на начальных этапах нашего исследования мы столкнулись с большими трудностями. Это связано было с тем, что, несмотря на попытки реализовать исследования по единым протоколам, в проводимых работах имелись как черты сходства, так и различия. Общим был подход к диапазону применяемых температур (42–43°C) и продолжительности сеансов нагревания (30–90 мин), а различие заключалось в методике нагреве и в последовательности сочетания гипертермии с облучением. Последний фактор, как показали отдельные исследования, имел определенное прогностическое значение и влиял на эффективность ТЛТ (Arcangeli и др., 1987; Meyer, 1988; Kapp и др., 1992). Кроме того, несмотря на большое число клинических сообщений о более выраженном противоопухолевом эффекте ТЛТ по сравнению с одной лучевой терапией (ЛТ) в них содержались сведения в основном о непосредственных результатах лечения.

Недостаточно полно изучено в клинике влияние гипертермии на метастазирование опухолей, что значительно тормозило внедрение метода в практическую медицину. Недостаточно был накоплен материал об эффективности ТЛТ при различных по гистологическому строению и радиочувствительности новообразованиях. Кроме того, отсутствовали исследования в клинике о влиянии ГТ на развитие ранних и поздних лучевых повреждений нормальных тканей, особенно в зависимости от последовательности и временных интервалов применения двух факторов.

Особое внимание мы уделяем тому фактору, что при использовании Гт, как и при применении любых радиомодификаторов первоочередной задачей является поиск рациональных схем соче-

танного применения тепла и ионизирующего излучения, оказывающих максимальный эффект на опухоль с минимальным отрицательным воздействием на нормальные ткани.

Гипертермический метод воздействия в комбинированном лечении онкологических больных интенсивно начал применяться с начала 1980-х годов в связи с появлением гипертермических установок работающих на радиочастотном диапазоне электромагнитных волн и ультразвука.

Большую роль в развитии этого метода сыграли академик АН СССР Н.Д. Девятков и член-корр. АМН СССР Н.Н. Александров. Девятков Н.Д. организовал лабораторию по разработке гипертермических установок, на основе использования различных частот электромагнитного излучения (руководитель В.Н. Мазохин), а Н.Н. Александров провел клинические испытания гипертермических аппаратов и разработку методик ГТ в руководимом им НИИ онкологии и радиологии Беларусь. Результаты экспериментальных и клинических исследований проведенные в этом институте показали перспективность применения гипертермии в лучевом или химиолучевом лечении больных с местнораспространенными и диссеминированными формами опухолей различных локализации (Александров Н.Н. и др., 1980; Светицкий П.В., 1984, 2001; Жаврид Э.А. и др., 1986).

В настоящее время в ряде Российских и зарубежных медицинских центров завершены I и II фазы, а в отдельных — III фаза клинических исследований.

На начальных этапах становления метода локальной гипертермии (ЛГ) она для лечения опухолей была применена в самостоятельном виде.

В табл. II.3.2.1 представлены данные из литературы о результатах лечения больных III-IV стадиями заболевания опухолей различных локализации с помощью локальной гипертермии.

Как видно из таблицы, ГТ в самостоятельном виде также оказывает противоопухолевый эффект, хотя в небольшом проценте случаев.

Частота полной регрессии новообразований колебалась в пределах 3 — 21% (в среднем 12%), а частичной — от 9 до 38% (в среднем 29%). Данные F. Storm и др. (1984, 1987) — 32% характеризует сумму полной и частичной регрессии. Однако во всех случаях продолжительность ремиссии заболевания или стабилизация роста опухоли была не продолжительной. В этой связи F. Storm и др., (1984, 1987) сделали вывод о возможности применения одной ЛГ только в качестве симптоматического или паллиативного метода лечения.

Таблица II.3.2.1

**Непосредственные реакции опухолей
после локальной гипертермии**

Литературный источник	Число больных	Регрессия опухоли, абс.(%)		
		полная	частичная	без эффекта
R.Hall, 1975	52	9 (17)	20 (38)	23 (45)
J.Kim, Hahn, 1979	19	4 (21)	6 (32)	9 (47)
V.Le и др., 1980	32	6 (19)	5 (16)	21 (65)
K.Luk и др., 1981	11	2 (18)	2 (18)	7 (64)
C.Marchal и др., 1981	110	1 (9)	1 (9)	9 (82)
P.Corry и др., 1982	28	5 (18)	11 (39)	12 (43)
J.Larkin, 1982	46	2 (4)	13 (25)	31 (71)
M.Manning и др., 1982	11	2 (18)	3 (27)	6 (55)
J.Marmor и др., 1982	44	5 (11)	14 (19)	25 (57)
L.Israel, M.Besental, 1984	71	2 (3)	19 (27)	50 (70)
F.Storm и др., 1984, 1987	142	32 (23)*		110 (77)
Итого: абс (%)**	467(100)	70 (15)	94 (20)	303 (65)

Примечание: * — оценены суммарные данные о полной и частичной регрессии опухоли;

** — без учета данных Storm et al., (1984, 1987).

Об этом свидетельствуют также данные Y. Kubota и др. (1978). Они сравнили 4 метода применения гипертермии при лечении больных раком мочевого пузыря:

- 1) гипертермия;
- 2) гипертермия и облучение;

- 3) гипертермия и химиотерапия;
- 4) гипертермия, химиотерапия и облучение.

Наилучшие результаты лечения были получены при использовании 4-го, затем 3-го метода лечения. Однако в последнем случае более выраженными были и лучевые реакции со стороны слизистой оболочки мочевого пузыря.

Дальнейшие исследования показали, что несмотря на использование неординарных схем термолучевой терапии (ТЛТ), режимов лучевой терапии (ЛТ), уровней температуры, кратности и продолжительности нагревания, в большинстве случаев получены весьма высокие результаты лечения по сравнению с одной лучевой терапией.

По критерию полной регрессии опухоли эффективность ТЛТ была в 1,5-2 раза выше, чем одной ЛТ (Голдобенко Г.В. и др., 1987; Светицкий П.В., 1992, 2001; Ткачев С.И., 1994; Бердов Б.А. и др., 1996 и др).

Более обнадеживающие данные при ТЛТ также получены при анализе ближайших, а в ряде случаев и отдаленных результатов лечения.

На ранних этапах исследования по ГТ, большинство авторов сочетали ее, с имеющимися схемами ЛТ, что дало возможность быстро оценить эффективность ТЛТ. При этом в нашей стране в основном придерживались схемы ГТ+ЛТ, за исключением только некоторых работ, а за рубежом ГТ+ЛТ с интервалом между воздействиями от 10-15 мин до 2-4 ч. Количество сеансов ГТ за курс лечения колебалось от 2-3 до 4-6 ч, а уровень температуры — от 41 до 43°C. В некоторых случаях дневную дозу ионизирующей радиации расщепляли на 2-3 фракции (Голдобенко Г.В. и др., 1987; Ткачев С.И., 1994; Бердов Б.А. и др., 1996; Kitamura К. и др., 1996) или расщепляли само гипертермическое воздействие (Павлов А.С. и др., 1988). В таких исследованиях наибольший терапевтический выигрыш получали, когда ГТ проводили между двумя фракциями дневной дозы радиации (Курпешев О.К., 1989; Ткачев С.И., 1994).

В начальных исследованиях Arcangeli G. и др., (1987) при лечении регионарных метастазов опухолей головы, шеи и меланом кожи использовали 4 схемы ТЛТ. При этом менялись как режимы фракционирования, так и уровни температур (42-45°C). Оцениваемые по непосредственной реакции опухоли результаты свидетельствовали о преимуществе крупнофракционированного (6 Гр) облучения с последующим нагреванием до 45°C (30 мин). Однако при таком режиме ТЛТ значительно возрастала интенсивность и частота развития лучевых реакций нормальных тканей.

Kim L. (1984) также провели сравнительные исследования различных схем ТЛТ у больных меланомой. По их данным, последовательность лучевого и гипертермического воздействия не оказала существенного влияния на непосредственные результаты лечения. В большей степени вклад ГТ в эффективность ЛТ зависел от величины разовой дозы облучения. Частота полной регрессии опухоли при воздействии средними фракциями гамма-излучения без ГТ составила 30%, а с ГТ (42-43,5°C), проведенной до и после облучения — 57-63%, соответственно. При облучении же крупными фракциями (6,6Гр) этот показатель составил 59 и 72-75%, соответственно. Следовательно, эффективность одной ЛТ с увеличением разовой дозы облучения существенно возрастает (от 30 до 59%, т.е. повышался на 29%), тогда как при сочетании ее с ГТ прирост эффективности был не столь значителен (от 63% до 72-75%, т.е. повышался только на 9%-12%).

Сведения о ближайших и отдаленных результатах ТЛТ представлены в табл. II.3.2.2.

Только в некоторых случаях или сроках наблюдениях не было получено различий в выживаемости больных при использовании этих двух методов лечения. Это относится к больным раком молочной железы после комбинированного лечения (Жаврид Э.А. и соавт., 1987; Изотова И.А., 1991), предстательной железы со II стадией заболевания (Ткачев С.И., 1994) или смешанными группами больных этой локализации опухоли, с T2-4 стадиями (Valdagni R. и др., 1996).

Отсутствие разницы в эффективности 2-х методов лечения при раке молочной железы можно объяснить с одной стороны относительно высокими результатами комбинированного лечения и без применения гипертермии — 3-х и 5-тилетняя выживаемость больных составляла соответственно 69-77% и 52-57%, с другой стороны, причиной смерти у этих больных была генерализация процесса, а не рецидивы. То же самое относится и к больным II стадией рака предстательной железы. По данным Ткачева С.И. (1994) у больных II стадией заболевания 5-тилетняя выживаемость после ЛТ и ТЛТ были одинаковы и составили по 100%, и только при IV стадии проявилась разница в двух методах лечения — после ТЛТ она была равна 65%, а после ЛТ — 48%. При анализе всей совокупности больных (II-IV стадии) также наблюдалась достоверная разница в эффективности 2-х методов лечения по 5-тилетней выживаемости. По всей видимости это связано с преобладанием в группе больных с III-IV стадиями опухолевого процесса. По результатам исследования Valdagni R. и др. (1996) в смешанной группе больных (II-IV стадии) с опухолями данной локализации

Таблица II.3.2.2

Общая выживаемость больных после термолучевой терапии

Локализация или гистоструктура опухоли (стадия заболевания)	Срок наблюдения, годы				Литература
	1	2	3	5	
Полость рта и язык (Т3-4 N0-2 M0)P	—	70/42!*	—	—	Г.В. Голдобенко и др., 1987
Ротоглотка (Т2-Т4 N0-3 M0)	63/39*	37/13*	29/7*	—	Б.А.Бердов и др., 1996
Гортань (Т3N0M0)	—	89/47*	79/30*	—	Ю.О. Дмитриенко, 1994
Молочная железа (Т2-4 N1-3 M0)K	—	—	87/77	73/67	Э.А. Жаврид и др., 1987
Молочная железа (Т2-4 N1-3 M0)K	—	—	80/69	62/52	И.А. Изотова, 1991
Молочная железа (Т3-4 N1-3 M0)P	—	—	57/28*	29/16	Б.А. Бердов и др., 1996
Мякотканная саркома (Т2N0M0)K	78/78	—	62/44*	—	Э.А. Жаков и др., 1990
Пищевод (Т2-3 Nx-2 M0)P	70/62	21/7*	8/3	—	И.С.Исаев, 1989
Дно рта, язык (Т3-4 N0-2 M0)P	98/72*	—	—	90/67*	Г.Г. Матякин и др., 1990
Пищевод (Т2-3 N0-2 M0)P	—	25/5*	18/2*	13/0*	П.В.Светицкий, 1992
Меланома: (Т4N0M0)K	98/92	94/78*	81/69*	73/48*	Н.Е.Савченко и др., 1987
(Т3-4N1M0)K	90/68*	75/48*	62/38*	50/25*	

Продолжение таблицы II.3.2.2

Локализация или гистоструктура опухоли (стадия заболевания)	Срок наблюдения, годы				Литература
	1	2	3	5	
Щитовид. железа (T2-3 N0-1 M0)P	—	—	94/71*	—	П.В. Светицкий, 1992, 2001
Щитовид. железа (III-IVст.)P	—	—	72/55*	43/19*	
Полость рта (III-IVст.)P	—	—	38/11*	—	С.И.Ткачев, 1994; Goldobenko G.V. и др., 1997.
Рак верхней челюсти (III-IVст.)K	85/62*	76/51*	62/44*	—	
Рак прямой кишки (T3-4N0M0-1)X	60/40*	5/0	—	—	
Предстательная железа P:	—	—	—	100/100	
стадия II	—	—	—	65/48*	
стадия IV	—	—	—	68/53*	
стадия II-IV	—	—	—	84/87	
Плоскоклеточный рак анального канала (T3-4 Nx Mo)P	—	—	—	40/6*	Б.А.Бердов и др., 1996
Прямая кишка (рецидивный)C	—	—	—	45/35	
Мягкоткан. саркома (T2-3 No Mo)C	—	—	—	36/7*	
Рак прямой кишки (T3-4 N0-2 M0)K	—	48/9*	44/7*	—	K.Kitamura, 1996
Рак прямой кишки (T3-4 N0-2 M0)P	—	35/12*	29/7*	—	
Пищевод (стадия III-IV)P	68/60	57/40*	50/24*	—	M.Naguchi и др., 1996
Легкие (стадия III-IV)P	71/17*	—	—	—	
Предстат. железа (T2-4 N0-1 M0)P	—	—	—	84/87	R.Valdagni et al., 1996

Продолжение таблицы II.3.2.2

Локализация или гистоструктура опухоли (стадия заболевания)	Срок наблюдения, годы				Литература
	1	2	3	5	
Меланома Р	—	46/28*	—	—	Van der Zee, 2000
Мтс в лимфоузлы шеи Р	—	—	—	69/24*	Van der Zee, 2000
Неоперабельн. рак шейки матки Р	—	—	51/27*	—	Van der Zee, 2000

Примечание: ! — в числителе выживаемость (в %) больных после ТЛТ, в знаменателе — после ЛТ;

* — различия между контрольной и основной группами достоверны ($p < 0,05-0,001$);

Р — после радикального курса ЛТ или ТЛТ;

К — после комбинированного лечения с предоперационной ЛТ или ТЛТ;

С — смешанные группы больных, получавших радикальный или предоперационный курс ЛТ или ТЛТ;

Х — термохимио/химиотерапия.

этого не наблюдается. В этом исследовании в группе преобладали больные со II стадией заболевания при котором лучевое лечение обладает достаточно высоким местным эффектом и без ГТ.

Присоединение внутриполостной ГТ к динамическому курсу лучевого лечения больных раком пищевода (Исаев И.Г., 1989) повысила 2-хлетнюю выживаемость с 7,2% (контроль) до 20,9%, а среднюю продолжительность жизни — с 16 мес до 22 мес ($p < 0,05$). Однако 3-хлетняя выживаемость больных в основной и контрольной группах достоверно не различались, что было связано с развитием отдаленных метастазов, соответственно у 50,7% и 64,3% пациентов с полной регрессией опухоли. В то время как местные рецидивы у этих больных после ТЛТ появились в 19%, а после ЛТ — в 28,5% случаях.

Результаты ТЛТ свидетельствуют о наличии определенной взаимосвязи непосредственного ответа опухоли и продолжитель-

ностью жизни больных. Так по данным Yoshida и др. у больных метастазировавшим раком поджелудочной железы, у которых после ТЛТ в 22% случаев наблюдалась полная или частичная регрессия опухоли, средняя продолжительность жизни составила 8,2-8,7 мес, при более высоких показателях опухолевого ответа (полная и частичная регрессия в 60% случаев) — 12,3 мес. Исследованиями Tanaka et al. было установлено, что при полной регрессии опухоли средняя продолжительность жизни больных мягкотканной саркомой, раком ободочной и прямой кишки, шейки матки составила 41,7 мес, при частичной — 30,2 мес, при незначительной регрессии — 15,2 мес, а при отсутствии эффекта — 11,2 мес.

Следует отметить, что сравнение результатов ТЛТ, полученных разными авторами, затруднительно из-за отсутствия полной информации о распределении температуры по всему объему опухоли и в окружающих нормальных тканях. Показатели температуры во время нагрева в различных участках опухоли варьируют от 1,5 до 8°C в зависимости от вида и объема новообразования (Noel K. и др., 1980; Elliot R. и др., 1982; Reddy N. и др., 1987 и др.). При этом разница температуры между участками опухоли непостоянна и может меняться в процессе нагревания за счет теплопередачи и теплопереноса с помощью кровотока (Жаврид Э.А. и др., 1987; Курпешев О.К., 1989).

Сравнительный анализ литературных данных (Corry P. и др., 1982; Marmor J. и др., 1982; Hiraoka M. и др., 1987 и др.) позволяет сделать вывод о том, что в отличие от экспериментальных работ в клинических исследованиях не всегда можно обнаружить корреляцию между степенью регрессии опухоли и температурой нагрева в диапазоне 42-54°C. Это можно объяснить только тем, что температура, измеренная в какой-либо точке (или даже в нескольких точках) в сравнительно большом объеме опухоли человека, не отражает в целом уровень гипертермического воздействия. Вместе с тем обнаружена определенная зависимость между температурой нагрева опухоли и ее реакцией на лучевое воздействие (Bicher H. и др., 1981; Bihan D. и др., 1989; Yoshida M. и др., 1996). Так после ТЛТ больных раком поджелудочной железы частота полной и частичной регрессии опухоли при температуре 42°C и выше составила 60%, а при температуре ниже 42°C — 22% (Yoshida M. и др., 1996).

Исследования ответной реакции опухоли не показали четкой зависимости между эффективностью ТЛТ и гистологическим строением опухоли. По данным ряда авторов (Ткачев С.И., 1994; Bicher H. и др., 1981; Corry P. и др., 1982 и др.) наибольший непосредственный эффект ТЛТ наблюдается при лимфоме и аденокар-

циноме, наименьший — при саркоме. Реакция плоскоклеточного рака и меланомы занимает промежуточное положение. Oleson T. и др. (1984) при многофакторном анализе результатов лечения более 400 больных не обнаружили корреляций между непосредственной реакцией опухоли на термолучевое воздействие и ее гистологическим строением. Tanaka Y. и др. (1987) при анализе продолжительности жизни 273 больных с опухолями различных локализаций и гистологического строения после ТЛТ выявили более высокую 3-хлетнюю выживаемость больных плоскоклеточным раком (60%) и низкую — мягкотканной саркомой (22%), а аденокарциномой занимали промежуточное положение (35%). Однако у больных при увеличении продолжительности жизни до 5 лет выживаемость почти выравнивалась и равнялась 35%, 20% и 32%, соответственно.

Основными факторами, определяющими эффективность ТЛТ, является уровень температуры в опухоли, объем и глубина залегания последней. В табл. II.3.2.3 представлены сводные данные о реакции опухолей разных объемов при ТЛТ.

Как видно из табл. II.3.2.3, данные литературы по этому вопросу весьма разноречивы. Так, ряд исследователей (Kim J. и др., 1979; Ingler M. и др., 1987; Valdagni R. и др., 1987) не наблюдали существенных различий в эффективности ТЛТ в зависимости от объема новообразований, тогда как, по данным других авторов (Perez C. и др., 1983; Hiraoka M. и др., 1984; Luk K. и др., 1984; Archangeli G. и др., 1987; Kapp D. и др., 1987; Seegenschmiedt M. и др., 1987; Urban J. и др., 1990), такая зависимость имела место.

Некоторыми авторами (Tanaka Y. и др., 1996, Yosida M. и др., 1996) было показано, что результаты ТЛТ зависят также и от числа сеансов ГТ. При ТЛТ метастазов опухолей головы и шеи в регионарных лимфатических узлах частота полной резорбции опухоли спустя 6 мес после дробно-протяженного облучения (СОД 50 Гр) при 10 сеансах нагревания составила 78%, а при 5 сеансах — 57% (Archangeli G. и др., 1987).

У больных раком поджелудочной железы в 25% случаях была отмечена положительная динамика опухоли уже при 4 сеансах ТЛТ со средней продолжительностью жизни 8,2 мес, а при 5 и более сеансах ГТ эти показатели составили 56% и 11,8 мес (Yoshida и др., 1996).

В то же время, по данным Tanaka Y. и др. (1996) число сеансов ГТ в определенном диапазоне не влияло на продолжительность жизни больных. Так, при количестве сеансов ЛГ 1-3; 4-6; 7-9 или более 10, средняя продолжительность жизни больных составила 18,5; 17,1; 23,0 и 23,1 мес, соответственно.

Таблица II.3.2.3

Непосредственная реакция опухолей разных объемов после ТЛТ

Локализация опухоли	Размер опухоли	ПР*, %	Источник литературы
Метастазы плоскоклеточного рака в лимфоузлах шеи	2-10 см ³ 13-54 см ³	100 60	G.Arcangeli и др., 1987
Метастазы плоскоклеточного рака в лимфоузлах шеи	< 3 см > 3 см 6-52 см	75 43-45 80-83	H.Perez и др., 1983
Метастазы плоскоклеточного рака в лимфоузлах шеи	< 6 см 6-7 см 52 см	83 80 82	R.Valdagni и др., 1988
Рецидивы рака молочной железы	< 5 см > 5 см	94 29	J.Dragovic и др., 1989
Рецидивы рака молочной железы	< 3 см > 3 см	90 62	H.Perez и др., 1984
Рецидивы рака молочной железы	0,5 см ³ 0,5-1,5 см ³ 15-65 см ³ > 65 см ³	83 82 30 25	Van der Zee и др., 1985
Меланома	< 3 см 3-6 см > 6 см	89 80 65-73	D.Gonzalez и др., 1986; J.Kim, 1982
Поверхностные опухоли различной локализации	< 5 см ³ > 5 см ³	81 25	D.Kapp и др., 1987
Поверхностные опухоли различной локализации	< 4 см ² > 4 см ²	70 48	K.Luk и др., 1984
Поверхностные опухоли различной локализации	7,4-19,5 см ³ 100-106 см ³ 520-540 см ³	50-67 17-18 0-9	J.Urbon и др., 1990
Рак молочной железы	< 100 см ² > 100 см ²	93 44	M.Seegeschmiedt и др., 1987

Продолжение таблицы II.3.2.3

Локализация опухоли	Размер опухоли	ПР*, %	Источник литературы
Опухоли внутренних органов различной локализации	< 4 см	100	M.Hiraoka и др., 1984, 1987
	4-10 см	59	
	> 10 см	0	

Примечание: * — ПР — полная регрессия опухоли.

По данным Ткачева С.И. (1994), изменение временных интервалов и последовательности лучевого и гипертермического воздействий не влияло на выраженность регрессии рака предстательной железы, плоскоклеточного рака анального канала, рецидивов аденогенного рака прямой кишки. В то же время она зависела от уровня температуры в опухоли, особенно при нагревании после облучения. Анализируя эти данные, он также делает вывод, что в случаях достижения температуры в опухоли 42°C гипертермическое воздействие необходимо проводить через 3-4 ч после ЛТ или перед второй фракцией радиации при дроблении суточной дозы на две фракции с интервалом в 4 ч. При невозможности создать в опухоли температуру 42°C нагревание должно предшествовать ЛТ.

Следует отметить, что уровень нагрева и соответственно эффективность лечения во многом зависит от локализации опухоли и используемых частот электромагнитного излучения. Известно, что глубина нагрева широко используемых СВЧ-гипертермических установок (915, 434 МГц) не превышает 4-6 см (Курпешев О.К., 1989; Ingler M. и др., 1987; Hand J. и др., 1989). Нагрев более глубоко расположенных опухолей возможен только при использовании гипертермических установок, работающих в УВЧ- или ВЧ-диапазоне электромагнитных волн («Thermotron RF-8 (8-МГц)», «Oncocare», «BSD-2000», «Супертерм-40»).

Однако использование длинноволновых электромагнитных излучений также не исключает недогрев опухоли. Так, при гипертермии опухолей внутренних органов емкостным методом ВЧ-электромагнитного поля Meyer J. (1987), средней температуры в опухоли выше 41°C удалось достичь только у 17 из 33 пролеченных

больных, т.е. у 16 пациентов они не могли выйти на гипертермический режим. Lee и др. (1989) у больных с подобными локализациями опухолей не смогли поднять уровень температуры выше 40°C у 14 из 58 пациентов. Nagata и др. (1996) при емкостном нагреве на аппарате «Thermotron RF-8» (8 МГц) гепатоцеллюлярных и узловых форм рака печени даже после эмболизации сосудов опухоли не смогли создать температуру выше 41°C и лишь у больных с диффузным опухолевым поражением органа температура в нем была доведена до терапевтической. Yoshida M. и др. (1996) на той же установке реализовали нагревание опухоли поджелудочной железы до температуры 42°C только у 15 из 25 больных.

По данным di Palma и др. (1996) при использовании 3-х электродной системы нагрева на установке «Oncocare» (фирма «Brucer») максимальная температура в опухолях печени не превышала 41,8°C, желудочно-кишечного тракта — 41,3°C, таза — 41,6°C.

На первых этапах становления клинической гипертермии наиболее важным вопросом для решения было изучение влияния ГТ на метастазирование опухолей.

Для ответа на этот вопрос нами проанализированы сравнительная частота, характер и сроки появления отдаленных метастазов после ЛТ и ТЛТ при различных локализациях опухоли в течение 2-3 лет после соответствующего лечения. Проведенные экспериментальные исследования показали, что ГТ при любых режимах применения ее не влияет на процесс метастазирования перевивных опухолей экспериментальных животных (Курпешев О.К., 1989), что в последующем нашло подтверждение и в клинике.

По данным Ткачева С.И. (1994) метастазирование опухолей после ТЛТ зависит от их радиочувствительности. При радиочувствительных новообразованиях частота отдельных метастазов достоверно снижается после ТЛТ, по сравнению с ЛТ — у больных раком предстательной железы с $55 \pm 11,1\%$ до $16 \pm 4,4\%$, а у больных плоскоклеточным раком анального канала с $67 \pm 13,6\%$ до $24 \pm 6,6\%$. Мы полагаем, что основной причиной уменьшения частоты гематогенных метастазов явилась достоверно более высокая частота излечения локо-региональных процессов при терморадיותרпии, по сравнению с одной лучевой терапией. Тогда как при радиорезистентных новообразованиях частота отдаленных метастазов в контрольной и основной группах достоверно не различались и для больных саркомами мягких тканей была равна соответственно $55 \pm 7,6\%$ и $43 \pm 5,3\%$, рецидивным аденогенным раком прямой кишки — $44 \pm 9,5\%$ и $39 \pm 6,2\%$, неоперативными региональными метастазами на шее — $21 \pm 6,9\%$ и $15 \pm 3,9\%$.

Нами также не обнаружены повышения частоты метастазирования у больных раком молочной железы, гортани, прямой кишки и эндометрия (Курпешев О.К., 1989).

При этом при всех нозологических формах злокачественных опухолей отдаленные метастазы у подавляющего большинства больных в основных (79-100%) и контрольных (82-100%) группах выявлены в течение первых двух лет после окончания лечения. Специфичность поражения метастазами тропных органов при всех видах опухолей при использовании гипертермии не изменилась.

Исходя из предположения, что основной причиной возможного усиления метастазирования является увеличение объемной скорости кровотока в опухоли после гипертермии ряд исследователей Ментешашвили Г.З. (1988), Титова Л.Н. (1991) и др., начинали ГТ только после 2-3 фракции предварительного облучения в дозе 4-5 Гр, для девитализации наиболее активных опухолевых клеток, которые могут метастазировать в первый период гипертермии.

Одинаковую частоту метастазирования после ЛТ и ТЛТ больных раком пищевода отмечает и Исаев И.Г. (1989).

Изучение частоты и выраженности ранних и поздних лучевых повреждений окружающих опухоль нормальных тканей при ТЛТ показали ее зависимость от многих факторов: последовательности и временных интервалов между ионизирующим и тепловым воздействием (Курпешев О.К., 1989; Ткачев С.И., 1994).

При минимальном по времени промежутке между ГТ и облучением, когда ГТ проводится до ЛТ (ГТ+ЛТ) при всех локализациях, происходит достоверное учащение и усиление выраженности ранних и/или поздних лучевых повреждений, то есть, имеет место тепловая сенсibilизация нормальных тканей к последующему облучению.

При расщеплении суточной дозы радиации на две фракции с интервалом в 4 часа и проведении ГТ непосредственно перед второй фракцией облучения, либо когда вся суточная доза подводится за 3-4 часа до ГТ частота и интенсивность проявления ранних и поздних лучевых повреждений снижается. Объяснить полученные результаты при варианте (ЛТ+ГТ+ЛТ) можно тем, что перерыв позволяет нормальным клеткам быстрее репарировать сублетальные повреждения, чем опухолевые. Такой подход при проведении ТЛТ позволяет значительно увеличить фактор терапевтического выигрыша. Кроме этого, проведение гипертермии после облучения за счет увеличения объемной скорости кровотока в нормальных тканях (оксигенация, увеличение энергетического статуса

клеток) улучшает репаративные процессы в них. Гипертермия перед облучением за счет этих же причин усиливает радиочувствительность нормальных тканей (Курпешев О.К., 1989).

По данным Ткачева С.И. (1994) у больных раком предстательной железы, плоскоклеточным раком анального канала, частота ранних лучевых повреждений (от катаральных до эрозивно-десквамативных) прямой кишки и мочевого пузыря, а у больных рецидивным раком прямой кишки — еще и толстой кишки, достоверно повышается при использовании ГТ перед радиацией (ГТ+ЛТ) по сравнению с последовательностью — (ЛТ+ГТ) и (ЛТ+ГТ+ЛТ).

В то же время по его данным у больных раком предстательной железы при применении вариантов ЛТ+ГТ и ЛТ+ГТ+ЛТ по сравнению с ГТ до облучения (ГТ+ЛТ) достоверно уменьшается частота острых лучевых циститов и ректитов и увеличивается число больных, у которых отсутствуют ранние побочные эффекты, соответственно с $8\pm4,3\%$ до $35\pm8,2\%$ и $33\pm8,0\%$ ($p<0,05$). При этом, учащение их при последовательности ГТ+ЛТ по сравнению с двумя другими вариантами, происходит за счет наиболее тяжело протекающего сочетанного лучевого цистита и ректита — соответственно $69\pm7,4\%$ и $42\pm8,2\%$ ($p<0,05$). Достоверного повышения частоты поздних лучевых повреждений у больных раком предстательной железы ни при одном из вариантов консервативного лечения не получено. Если ранние повреждения органов таза у больных рецидивным аденогенным раком прямой кишки отмечены у $86\pm7,5\%$, то при ТЛТ (ЛТ+ГТ) и (ЛТ+ГТ+ЛТ) их частота уменьшается до $59\pm10,0\%$ пациентов ($p<0,05$). После ТЛТ (ГТ+ЛТ) число больных с ранними побочными эффектами возрастает по сравнению с контрольной группой, достигая $92\pm5,5\%$ ($p>0,05$).

Частота и характер острых лучевых реакций со стороны органов таза у больных плоскоклеточным раком анального канала оценены после окончания первого этапа лучевого и термолучевого лечения. Если явления ректита встречались у всех больных, то наиболее интенсивные и тяжело протекающие ранние местные повреждения в виде сочетания ректита и цистита наиболее часто встречались при использовании варианта (ГТ+ЛТ) — у $65\pm11,6\%$ и крайне редко при последовательности (ЛТ+ГТ) и (ЛТ+ГТ+ЛТ) — соответственно у 0% и у $6\pm5,6\%$ больного ($p<0,01$). В контрольной группе таких пациентов было $42\pm14,2\%$.

С.И.Ткачев (1994) сравнительную частоту ранних побочных явлений у больных мягкотканными саркомами определяли после первого этапа лечения (СОД = 40 Гр). Следует отметить, что при

поверхностных локализациях опухоли разница в реакции кожных покровов может быть нивелирована принудительным охлаждением кожных покровов во время гипертермии. Несмотря на это, он наблюдал тенденцию к учащению ранних лучевых повреждений в подгруппе (ГТ+ЛТ) по сравнению с другими вариантами ТЛТ, в частности при схеме ЛТ+ГТ+ЛТ или ЛТ+ГТ (4%).

В доступной литературе мы не встретили данных о характере влияния ТЛТ на развитие поздних лучевых повреждений. Такие сведения получены Курпешевым О.К. (1989) и Ткачевым С.И. (1994) у больных с различными локализациями опухолей. По результатам исследования Ткачева С.И. (1994) частота фиброзно-индуративных изменений различной степени выраженности у больных саркомами и экстраабдоминальными опухолями в мягких тканях, где практически отсутствует влияние охлаждающей жидкости, работающей до глубины 2 см, оценена после полного курса лучевого и термолучевого лечения (СОД ≥ 60 Гр).

У больных мягкотканными саркомами применение вариантов ТЛТ (ЛТ+ГТ) и (ЛТ+ГТ+ЛТ) позволило уменьшить частоту поздних лучевых повреждений с $57 \pm 13,2\%$, наблюдающихся при одной лучевой терапии до, соответственно, $20 \pm 12,6\%$ ($p < 0,05$) и $30 \pm 14,4\%$ ($p > 0,05$). При сокращении интервала между гипертермией и облучением до минимума (ГТ+ЛТ) частота фиброзно-индуративных изменений мягких тканей несколько увеличилась ($71 \pm 11,0\%$), по сравнению с контрольной группой и достоверно возросла, по сравнению с двумя другими вариантами ТЛТ.

В связи с тем, что объем лучевого воздействия даже при не-большой по величине десмоидной опухоли более значительный, чем при мягкотканых саркомах и включал всю мышечную группу с сухожилиями, у 100% пациентов контрольной группы были выявлены фиброзно-индуративные изменения мягких тканей различной степени интенсивности.

ТЛТ при десмоидных опухолях проводилась по варианту (ЛТ+ГТ+ЛТ). Фиброзно-индуративные изменения в этой группе отмечены у 36% больных.

Сравнительная оценка постлучевых повреждений при лечении региональных метастазов плоскоклеточного рака на шее после ранее проведенного лучевого, хирургического или комбинированного лечения проведена у пациентов, получивших СОД ≥ 50 Гр. Низкая частота поздних постлучевых повреждений — 6% у больных в контрольной группе, видимо не отражает их реальной частоты, так как большинство этих пациентов (68%) умирают в течении первого года и постлучевые изменения у них не успевают сформироваться. После проведения ТЛТ, как и при всех предыду-

ших локализациях, имеется тенденция к увеличению частоты фиброзно-индуративных изменений со стороны мягких тканей при последовательности (ГТ+ЛТ) до $23 \pm 8,2\%$ по сравнению с последовательностью (ЛТ+ГТ) и (ЛТ+ГТ+ЛТ) — соответственно $11 \pm 7,1\%$ и $9 \pm 6,0\%$ ($p > 0,05$).

Примерно такие же данные нами получены при СВЧ-гипертермии у больных раком гортани, раком молочной железы и в экспериментальных исследованиях на животных (Курпешев О.К., 1989).

Кроме поиска оптимальных режимов ТЛТ позволяющих увеличить терапевтический интервал радиочувствительности между опухолевыми и нормальными тканями нами для этих целей в эксперименте на животных и на больных раком молочной железы проведены исследования по применению гипоксической газовой смеси ГГС-10 ($90\% \text{O}_2 + 10\% \text{NO}_2$). Результаты исследования случаях показали (Курпешев О.К., 1989), что ГГС-10 значительно снижает побочные эффекты ТЛТ на нормальные ткани.

В табл. II.3.2.4 представлены данные о влиянии ГГС-10 на характер заживления послеоперационной раны у больных раком молочной железы после ЛТ и ТЛТ.

Как видно из таблицы II.3.2.4 вдыхания больными раком молочной железы ГГС-10 во время облучения значительно сокращает сроки заживления послеоперационных ран как после ЛТ так и ТЛТ. Особенно выраженное влияние на заживление ран наблюдается при использовании температуры (под кожей) до 43°C и выше. При таком режиме ГТ сроки заживления ран увеличивались от 14 до 20 суток, а при температурах $\leq 42^\circ\text{C}$ — до 16 суток.

Обобщая литературные данные и результаты собственных экспериментально-клинических исследований можно утверждать, что ГТ значительно усиливает эффект ЛТ на опухоли, а в ряде случаев и на нормальные ткани. Использование ГТ при ЛТ опухолей в клинике не только улучшает непосредственные результаты лечения, но в большинстве случаев достоверно повышает показатели 3-х и 5-тилетней выживаемости больных с различными морфологическими формами и локализациями злокачественных новообразований.

Таким образом, несмотря на целый ряд нерешенных вопросов в применении ГТ (контроль температуры в объеме опухоли, полноценный нагрев глубокорасположенных опухолей и т.д.), она является одним из мощных адъювантов ЛТ опухолей при сравнении с другими используемыми в клинике физическими и химическими радиомодификаторами. Учитывая, что некоторые схемы

Таблица II.3.2.4

**Влияние ГТ и ГГС-10 на заживление ран у больных
раком молочной железы после интенсивного курса
предоперационной ЛТ или ТЛТ**

Критерий оценки	Методика лечения (уровень температуры под кожей)				
	ЛТ	ТЛТ ($\geq 43^{\circ}\text{C}$)	ТЛТ ($41,5-42^{\circ}\text{C}$)	ЛТ+ГГС-10	ТЛТ+ГГС-10 ($41,5-42^{\circ}\text{C}$)
Число больных с заживлением ран первичным натяжением, абс. (%)	22 (85)	8 (73)	18 (85)	34 (92)	18 (90)
Число больных с заживлением ран в течение 15 суток, абс. (%)	18 (69)	1 (9)	10 (48)	30 (81)	13 (65)
Сроки средней продолжительн. заживления ран с первичным натяжением, сутки ($M \pm m$)	$14 \pm 1^*$	$20 \pm 2^*!$	$16 \pm 1!$	$12 \pm 1!$	14 ± 1
Общее число больных в группе, абс.	26	11	21	37	20

Примечание: ! — различия значимы при сравнении с группой больных, подвергшихся ЛТ ($P < 0,05$ — $0,001$);

* — различия значимы при сравнении с соответствующей группой больных, подвергшихся ЛТ с ГГС-10 или ТЛТ с ГГС-10 ($p < 0,05$).

ТЛТ не повышает частоту и интенсивность развития лучевых реакции и осложнения; она может быть использована не только как радикальный, но и как паллиативный метод лечения у большинства онкологических больных с запущенными стадиями заболевания.

При этом полученные показатели противоопухолевого эффекта ТЛТ, а также зависимость частоты и тяжести развития ранних и поздних лучевых повреждений от ряда факторов позволяет рекомендовать следующие подходы к ТЛТ опухолей:

1. Использование локальной гипертермии предпочтительно при лучевом лечении радиорезистентных опухолей.
2. Температура на границе опухоли и нормальных тканей должна составлять не менее 41°C .
3. Площадь нагревания должна превышать наибольший диаметр опухоли не менее чем на 3 см при поверхностном расположении и увеличиваться пропорционально глубине ее залегания.
4. Сеансы нагревания проводятся не чаще 3-х раз в неделю, при общем числе сеансов за курс лучевого лечения 3-5 при крупнофракционированном облучении, 8-12 и 6-10 при облучении мелкими или средними фракциями, соответственно.
5. Воздействие ионизирующей радиацией может проводиться как после, так и до гипертермии с интервалами времени от 10-15 мин до 2-4 ч в зависимости от характеристики опухоли:
 - при опухолях небольших объемов (T_2), в случае создания умеренных температурных режимов ($<42^{\circ}\text{C}$) нагревание и облучение необходимо осуществлять с короткими интервалами времени между воздействиями в любой последовательности, а при высоких режимах ($\geq 42^{\circ}\text{C}$) нагревание проводится после облучения;
 - при опухолях больших объемов (T_{3-4}), в случае создания умеренных температурных режимов следует использовать 2-4 часовой интервал между воздействиями в любой последовательности, а при высоких режимах — нагревание проводится через 2-4 часа после облучения;
 - при опухолях больших объемов можно также использовать повторные сеансы нагревания — с более слабым ($40-41^{\circ}\text{C}$) первым воздействием до облучения и вторым — более сильным ($\geq 42^{\circ}\text{C}$) — через 2-4 часа после облучения.

6. В целях снижения интенсивности и частоты развития лучевых реакции и поздних лучевых повреждений нормальных тканей возможно использовать следующие подходы:

- при сочетании нагревания с крупными фракциями облучения разовую дозу радиации необходимо снижать на величину ФИД гипертермии, с учетом температуры на границе нормальной и опухолевой ткани (для 41,5°C она равна ~ 1,25);
- при созданий высоких температурных режимов в нормальных тканях необходимо дополнительно применять нормобарическую газовую гипоксию — ГГС-10;
- дробление суточной дозы радиации на 2 фракции с интервалами в 4 ч, с использованием гипертермии непосредственно перед второй фракцией лучевой терапии.

II.3.3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРТЕРМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ ОПУХОЛЕЙ. ОБЩАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ

Экспериментальными и клиническими исследованиями установлено, что гипертермия усиливает эффективность действия не только ионизирующей радиации, но и ряда химиопрепаратов. При этом, взаимодействие между гипертермией и лекарственными препаратами в большинстве случаев носит аддитивный или синергический характер и зависит от уровня температуры, продолжительности нагревания, типа и объема опухоли, а также от дозы и фармакодинамики цитостатика (Жаврид Э.А. и др., 1987; Hahn G., 1979; Bleeen N., 1982).

Следует отметить, что исследования в этом направлении были начаты в середине 1960 г. в НИИ онкологии и радиологии Республики Беларусь под руководством Н.Н.Александрова. В остальных странах этот период падает на 1980-1990 гг., когда были начаты широкие экспериментальные исследования по термолучевой и термохимиотерапии различных опухолей.

Marmor J. и др. (1979) на опухолях KNT и ЕМТ6 установили синергизм действия адриамицина и блеомицина с гипертермией. Однако такой эффект проявлялся только при высоких дозах химиопрепаратов (для блеомицина — 7-15 мг/кг, для адриамицина — 10 мг/кг) и нагревании, при уровнях температур не ниже 43°C. Подобное взаимодействие адриамицина и нагревания при температурно-экспозиционном режиме 43°C (60 мин) имело место и на саркоме-180 (45). В то же время Overgaard J. (1976) наблюдал синергизм действия адриамицина и гипертермии на карциному молочной железы мышей и при нагревании в диапазоне температур 40,5-43,5°C. В ряде других экспериментах синергические эффекты гипертермии с циклогексепидом (нейрогенная опухоль крысы) или с адриамицином (аденокарцинома молочной железы, плоскоклеточный рак, нейрогенная опухоль) не были обнаружены (Overgaard J., 1976; Calderwood S., Dickson J., 1982; Lehman C., Stewart J., 1983; Nagaoka S. и др., 1987).

В противоположность этим данным, Nagaoka S. и др. (1987) в своих исследованиях установили, что включение адриамицина в клетки карциномы Эрлиха при нагревании до 40°C увеличивается на 80%, однако при дальнейшем повышении температуры до 43°C усиления накопления препарата не происходило; наоборот, снизилось до контрольного уровня.

При введении блеомицина мышам с аденокарциномой как до, так и после нагревания (44,5°C) наблюдался синергизм их действия, хотя эффективность была более выражена во втором случае с коэффициентом термического усиления (КТУ), равным соответственно 1,5 и 2,7 (Szczepanski K., 1981). В то же время при введении этого препарата мышам с плоскоклеточным раком до гипертермии (43°C) установлен аддитивный, а при одновременном применении — сверхаддитивный эффекты (Hassanzadeh M., 1982). Введение циклофосфида за 0,5-1 ч до гипертермии повышало выживаемость крыс с нейрогенной перевивной опухолью ВТ-2 и усиливало торможение спонтанной фибросаркомы у мышей, а при обратных последовательностях сочетания — имело место незначительное усиление эффекта (Dahl O., Mella O., 1983). Преимущественное действие циклофосфида при введении перед гипертермией Ostrow S. et al. (1972) связывают с тем, что последняя увеличивает экскрецию с мочой метаболизированного препарата и уменьшает выделение алкилирующей активной формы. Hazan G. и др. (1981) отмечают усиление противоопухолевого действия циклофосфана при повторных сеансах нагревания, особенно при числе фракции более трех. На наш взгляд, это связано с усилением кровотока в опухоли после первых сеансов гипертермии и, соот-

ветственно, с увеличением доставки химиопрепарата к клеткам, находящимся в ее центральных зонах.

При режиме нагревания лейкозных клеток Р-388 до 42°C (60 мин), синергизм гипертермии проявлялся для адриамицина, винкристина, бовардина, но эффект не повышался для циклофосфамида и арабинозида (Adwankar M., Chitnis M., 1984). Синергический эффект цисплатина и BCNU с гипертермией наблюдался на нейрогенной опухоли крыс (Mella O., Dahl O., 1985), хотя отсутствовал на опухоли УХ-2 кроликов (Zakris E. и др., 1987). По некоторым данным (Жаврид Э.А. и др., 1987), общая гипертермия вызывала значительное усиление цитотоксического действия циклофосфамида и незначительное — блеомицина на карциному легких Льюиса, тогда как проспидин, адриамицин, дактиномицин и метотрексат не влияли на продолжительность жизни животных-опухоленосителей, а сарколизин даже снижал. В то же время локальная гипертермия значительно усиливала цитотоксический эффект циклофосфамида, адриамицина и платидиама. По исследованиям Kosmidis P. и др. (1988), эффект метотрексата, введенного за 30 мин до нагревания (43°C), на опухоль Уокера существенно возрастал.

В ряде случаев гипертермия повышает токсичность блеомицина, циклогексемида, цисплатина, BCNU, винкристина и по отношению к нормальным тканям, что приводит к снижению терапевтического выигрыша (Bleehen N., Morgan J., 1982; Wondergem J. и др., 1987; Zakris E. и др., 1987). В частности синергизм действия гипертермии (42,3°C в течение 30 мин) и цисплатина наблюдали как на клетки лейкоза, так и на клетки нормального костного мозга (Alberts D. и др., 1980). В этом случае последовательность применения двух агентов для обоих видов клеток не играла большой роли при использовании небольших доз химиопрепарата (0,75-1,0 мг/кг), тогда как при высоких дозах (1,25-1,50 г/кг) эффект был выше при введении цисплатина до нагревания. По результатам исследования Wondergem J. и др. (1988) комбинация цисплатина с гипертермией (41,5°C в течение 120 мин) одновременно с торможением роста фибросаркомы у крыс повышала повреждаемость почек (с КТУ, равной 2,5-3,0), достоверно снижала массу животных, вызывала диарею, азотемию, креатинемию. В исследованиях Murty M. и др. (1987) установлено повышение токсичности цисплатина у мышей с увеличением дозы препарата — с 10% при 8 мг/кг до 93% при 12 мг/кг. При применении гипертермии через час после введения препарата токсичность ее падала, и при дозе 12 мг/кг гибель животных составляла 60%. Имеются работы, в которых были получены и противоположные результаты.

Elkon D. и др. (1982) через месяц после односторонней нефрэктомии мышей линии С3Н на оставшуюся почку проводили гипертермию (42,5 и 46,5°C в течение 35 мин), а за 30 мин до ее начала внутрибрюшинно вводили цисплатин в дозе 8 мг/кг. Наблюдения за животными в течение 6 мес показали, что летальность их после введения одного цисплатина составляла 28%, а при сочетании его с гипертермией — 6%. На основании этих данных авторы делают вывод, что гипертермия снижает токсичность цисплатина. Однако, на наш взгляд, нельзя исключить и того факта, что снижение летальности животных после гипертермии почки, возможно связана с ускоренным выведением препарата из организма за счет усиления кровотока в органе.

Важным, с точки зрения прикладной термохимиотерапии, являются исследования Ishida A., Mizuno S. (1982), Murty M. и др. (1987). На клетках HeLa было обнаружено резкое повышение цитотоксичности блеомицина при нагревании в диапазоне температур 37-43°C при дополнительном применении этанола, хотя для адриамицина, цисплатина и макримицина этого не наблюдали (Ishida A., Mizuno S., 1982). По данным M. Murty и др. (1987), дополнительное применение диэтилтиокарбомида значительно снижало токсический эффект цисплатина как при самостоятельном применении последнего, так и при сочетании с гипертермией, а гибель животных при дозе цитостатика 12 мг/кг массы тела в обоих случаях отсутствовала. В то же время на карциному молочной железы мышей цисплатин и гипертермия (43°C в течение 60 мин) оказывали синергический эффект, и торможение роста опухоли еще больше усиливалось при сочетании этих воздействий с диэтилтиокарбонидом. Murakami A. и др. (1987) изучали влияние гипертермии на противоопухолевую эффективность интерферона. Объектом исследования являлся рак толстой кишки человека, выращиваемый в культуре. Было установлено, что отдельное применение интерферона снижает выживаемость опухолевых клеток, и этот эффект зависел от концентрации препарата, при нагревании клеток до 42°C с различными дозами интерферона (50, 100 и 500 мкг/мл) синергизм действия их имел место только при концентрации препарата, равной 500 мкг/мл. Однако при нагревании до 43°C синергизм действия отсутствовал и при этой концентрации.

Hahn G. (1979), обобщая данные о противоопухолевой активности различных химиопрепаратов в условиях гипертермии, разделяет их на 4 группы. К первой он относит препараты, для которых характерно линейное увеличение цитотоксичности с повышением температуры: алкилирующие препараты (тиофосфамид), цисплатин бифункциональные алкилаты (нитрозомочвина), ми-

томицин С. Ко второй группе относятся препараты, у которых наблюдается пороговое увеличение цитотоксичности с возрастанием температуры. В интервале температур 37–42°C (43°C) они обнаруживают незначительное изменение цитотоксичности, но выше 42–43°C имеет место синергизм действия с эффектом гипертермии. К ним относятся адриамицин, блеомицин и актиномицин D. Третья группа включает препараты, которые не цитотоксичны при температуре 31°C, но становятся таковыми при высоких температурах: например, цистамин, амфотерицин В. К четвертой группе относятся метотрексат, 5-фторурацил, винкристин, винбластин, которые не изменяют свою цитотоксичность в диапазоне температур 37–45°C. Hahn G. (1979), анализируя результаты этих исследований, приходит к выводу, что при уровнях температур $\geq 42^\circ\text{C}$ целесообразно использовать такие препараты, как ТиоТэф, нитрозомочевина, цисплатин, циклофосфамид. При этом, он особое внимание уделяет циклофосфамиду, так как этот препарат может находиться в крови длительное время. Кроме того, при термохимиотерапии, особенно при лечении рецидивных опухолей, он рекомендует использовать температурные режимы до 44–45°C, которые оказывают повреждающее действие на клетки опухоли, с одной стороны, и усиливают эффективность нитрозомочевины и цисплатина — с другой.

В то же время он отмечает, что существует вероятность развития толерантности к лекарственным препаратам при гипертермии. Так, после однократного нагревания в сублетальной дозе устойчивость клеток развивалась не только к последующему воздействию тепла, но и к некоторым химиопрепаратам, в частности к адриамицину и актиномицину D. По данным Wallner K. (1986), резистентные к нагреванию клетки китайского хомячка, оставались устойчивыми также и к адриамицину, но были чувствительными к ионизирующей радиации. Напротив, клетки, чувствительные к адриамицину, были и термочувствительными.

Таким образом, экспериментальные исследования показали, что эффективность сочетанного воздействия гипертермии и химиотерапии зависит от множества факторов: фармакодинамики цитостатика, температурно-экспозиционных режимов нагревания, гистоструктуры опухоли и ряда ее физиологических параметров.

Исследования в клинике по применению локальной гипертермии только с химиотерапией проведены на ограниченном количестве больных.

Lundnaer G. и др. (1973) применили местную гипертермию в сочетании с ХТ у 22 больных с множественными опухолями моче-

вого пузыря. Гипертермию проводили методом промывания полости мочевого пузыря стерильным изотоническим раствором с рН 6,0 при максимальной температуре 44°C в течение 1 ч. На 30-40 минуте в мочевой пузырь вводили 0,03 г тиофосамида. Количество сеансов достигало 10 с интервалом между воздействиями в 4-8 дней. В конце курса лечения у 4 больных наблюдали полную и у 6 — частичную регрессию опухолей. По мнению авторов, регрессия опухолей почти у 50% больных достигалась при такой дозе тиофосамида, которая едва ли была способна существенно воздействовать на опухоль без дополнительного нагревания. Это свидетельствует об усилении местной противоопухолевой активности указанного препарата под влиянием гипертермии.

Kubota Y. и др. (1978) сравнили 4 метода применения гипертермии при лечении больных раком мочевого пузыря:

- 1) гипертермия
- 2) гипертермия и облучение
- 3) гипертермия и химиотерапия
- 4) гипертермия, химиотерапия и облучение.

Наилучшие непосредственные результаты лечения были получены при использовании 4-го метода. Stehilin J. и др. (1979) приводят данные о лечении 165 больных меланомой регионарной перфузией (43,3°C) и ХТ. По данным этих авторов, 5-летняя выживаемость при I стадии составила 86,3%, а при II-III стадии — 52,5%. Улучшение результатов, помимо прямого воздействия гипертермией, они связывают с активизацией иммунологических механизмов, что подтверждается резорбцией отдаленных метастазов не подвергшиеся нагреванию. R. Cavaliere и др. (1981), проанализировав результаты лечения различных опухолей с помощью регионарной перфузии горячей кровью с ХП, обнаружили высокую эффективность этого метода. В группе больных с меланомой (91 человек) 5-летняя выживаемость составила 60%, а в группе из 50 больных с саркомой мягких тканей — 53%. При остеосаркоме из 9 больных 3 прожили без признаков опухоли 8, 10 и 11 лет; 6 умерли от отдаленных метастазов. Из 29 больных с остеосаркомой, которым после воздействия гипертермии удалили опухоли, 5 лет и более прожили 60%. Таким образом, к гипертермическому воздействию особенно чувствительными оказались остеосаркомы и меланомы.

При лечении больных с распространенными формами опухолевого процесса (рак прямой кишки, печени, мочевого пузыря, меланома, саркома) с помощью гипертермии и химиопрепаратов (5-фторурацил, метранидазол) были отмечены выраженная регрессия опухоли и субъективные ощущения улучшения (Moffat F.,

1983; Storm F., Morton D., 1983; Storm F. и др., 1984; Tacacs B. и др., 1984; Yoshida M. и др., 1987). При профилактическом орошении брюшной полости горячим раствором митомицина С (40–42°C) 3-хлетняя выживаемость больных раком желудка повысилась с 52,7% до 73,7%, хотя при рандомизированном исследовании эти показатели для контрольной и основной групп больных составили соответственно 67,3% и 83%, и из-за малой выборки различия были не достоверны (Koga Sh. и др., 1988).

Исследования по термохимиолучевой терапии опухолей различных локализации проведены П.В. Светицким (2001). В табл. II.3.3.1 и II.3.3.2 приведены непосредственные и ближайшие результаты лечения больных раком слизистой оболочки полости рта. Для проведения гипертермии использовалась физиотерапевтическая УВЧ-установка со специально изготовленными для этой цели электродами.

Таблица II.3.3.1

**Непосредственные результаты лечения больных
раком слизистой оболочки полости рта**

Стадия заболев.	Вид лечения	Число больных	Регрессия опухоли, абс. (%)		
			полная	частичная	без эффекта
III	ЛТ+ХТ	15	4 (26,7)	6 (40,0)	5 (33,3)
	(ГТ+ХТ) + ЛТ	24	19 (79,2)	5 (20,8)	—
IV	ЛТ+ХТ	35	6 (17,1)	17 (48,6)	12 (34,3)
	(ГТ+ХТ) + ЛТ	86	45 (52,3)*	30 (34,9)	11 (12,8)*

Примечание: * — различия по сравнению с контролем достоверны ($p < 0,05-0,01$)

Локальная УВЧ-гипертермия, выполняемая в течение 30 мин., всегда предшествовала лучевой терапии. Химиотерапия осуществлялась одновременно с ГТ. Химиотерапия проводилась ежедневно в течение 12 дней. В первый и седьмой дни недели больные получали винбластин по 15 мг (или винкристин по 1,5 мг). Во 2-й, 4-й, 8-й, 10-й, 12-й дни вводился циклофосфан по 400 мг, в 3-й, 5-й 7-й, 9-й, 11-й дни — метотрексат по 15 мг (5-фторурацил по 500 мг). Локальная УВЧ-ГТ проводилась 3 раза в неделю на фоне указанной схемы.

Таблица II.3.3.2

Показатели выживаемости больных раком слизистой оболочки полости рта в зависимости от вида лечения

Стадия заболев.	Вид лечения	Число больных	Выживаемость, абс (%)		
			0,5-1,0	1,5-2,0	3,0
III	ЛТ+ХТ	15	10 (66,7)	2 (13,3)	3 (20,0)
	(ГТ+ХТ)+ЛТ	24	5 (20,8)	4 (16,7)	15 (62,5)*
IV	ЛТ+ХТ	35	31 (88,6)	3 (8,6)	1 (2,9)
	(ГТ+ХТ)+ЛТ	86	51 (59,3)*	23 (26,7)	12 (13,9)*

Примечание: * — различия по сравнению с контролем достоверны ($p < 0,05-0,001$).

Вторым этапом, без перерыва выполнялась дистанционная гамма-терапия в дробно-протяженном режиме до СОД 60 Гр.

Из таблицы II.3.3.1 видно, что у больных, получавших комплексную терапию в условиях локальной УВЧ-ГТ, непосредственные результаты оказались намного лучше. По сравнению с контрольной группой у них в 2,9 раза чаще ($p < 0,001$) наблюдался полный лечебный эффект, а число пациентов с отсутствием эффекта было в 3,4 раза меньше ($p < 0,001$).

В таблице II.3.3.2 представлена выживаемость этих больных, которая свидетельствует о преимуществе термохимиотерапии по сравнению с одной только химиолучевой терапией. Как видно из таблицы 3-хлетняя выживаемость больных III стадией заболевания была в 3,1 раза выше в группе, лечившихся в условия ГТ, и составило 62,5% (в контроле — 20%; $p < 0,05$).

Применение локальной УВЧ-ГТ в комплексной терапии больных IV стадией опухолевого процесса позволило достигнуть 3-хлетней выживаемости у 12 из 86 пациентов (13,9%). В контрольной группе до трех лет прожил всего лишь 1 из 35 больных (2,9%). Значительное различие отдаленных результатов при IV стадии заболевания выявлено и при оценке по числу пациентов, проживших до двух лет. В группе получавших химиолучевую терапию в условиях ГТ этот показатель оказался в 3,1 раза больше по сравнению с контролем ($p < 0,05$).

Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствует о том, что термохимиолучевое лечение больных распространенным раком слизистой оболочки полости рта, по сравнению с контрольными, значительно улучшает непосредственный лечебный эффект, увеличивает длительность ремиссии, а также погодовую выживаемость.

П.В. Светицким (2001) также исследовано сравнительная эффективность термохимиотерапии у 140 больных с местнораспространенным ($T_{3-4}N_0M_{0-1}$) и рецидивным раком прямой кишки, не подлежащих радикальному хирургическому лечению из-за местной распространенности, функциональной неоперабельности или категорического отказа от операции. При этом у 12 (30%) из 40 больных рецидивным раком прямой кишки имелись метастазы в печень.

Из 140 исследовавшихся пациентов были сформированы 4 группы (2 основных и 2 контрольных), отличающиеся методами полученного лечения. Распределение больных по группам представлены в табл. II.3.3.3.

Таблица II.3.3.3

Распределение больных с местно-распространенным и рецидивным раком прямой кишки по группам

Группа больных	Методика лечения			
	ХТ+ЛТ+ГТ	ХТ+ЛТ	СХТ+ГТ	СХТ
I А	50	—	—	—
I В	—	50	—	—
II А	—	—	20	—
II В	—	—	—	20

В первую группу (I А) вошли 50 первичных больных с местно-распространенным раком прямой кишки, подвергавшихся комплексной термохимиолучевой терапии: эндолимфатическая химиотерапия (ХТ) 5-ФУ (через лимфатические сосуды верхней или средней трети тыла стопы) + лучевая терапия (ЛТ) + гипертермия (ГТ), во вторую — (I В), служившую контролем для первой, также вошли 50 первичных больных с аналогичным процессом, получивших традиционный курс химиолучевой терапии

(ХТ+ЛТ). Третья группа (II А) включала 20 неоперабельных больных с рецидивными опухолями прямой кишки, у которых возможности хирургического и консервативного, включая лучевой, методов лечения были исчерпаны ранее и поэтому применялась системная химиотерапия 5-фторурацилом на фоне внутривенной гипертермии (СХТ+ГТ), а в четвертой контрольной группе (II В), насчитывающей такое же число аналогичных II А группе больных, проводилась только системная химиотерапия (СХТ).

Степень регрессии первичного очага определялась с помощью клинического, ректороманоскопического, фиброколоноскопического и/или рентгенологического исследований спустя 3, 6, 9, 12, 18, 24 и 36 месяцев после завершения курса лечения. При проведении эндоскопического исследования производился забор биопсийного материала для определения характера морфологических изменений в опухоли.

Степень регрессии первичного очага оцененного через 3 месяца показали, что полная регрессия опухоли в общей сложности отмечена у 14 из 100 больных. Из них 12 (24%) человек принадлежали к основной группе (IA), 2 (4%) — к контрольной (IB, $p < 0,005$). Прогрессирование опухоли выявлено соответственно у 3 (6%) и 8 (16%) больных ($p < 0,1$).

Местный рецидив возник у 6 из 12 пациентов с полным регрессом первичного очага в основной группе (50%) и у обоих больных в контроле (100%). Средний срок возникновения рецидива в группах составил 16,6 и 7,6 мес, соответственно.

В табл. II.3.3.4 представлен анализ показателей продолжительности сроков клинической ремиссии, возобновления роста злокачественной опухоли, а также средней продолжительности жизни больных, у которых была достигнута полная или частичная регрессия первичного очага.

Данные табл. II.3.3.4 свидетельствуют о том, что все три перечисленные параметра были достоверно выше в основной группе, чем в контроле в случае частичного регресса опухоли. Кроме того, при достижении полного регресса первичного очага, достоверно увеличивается после термохимиолучевой терапии средняя продолжительность жизни пациентов по сравнению с контролем (34,7 месяца против 27,0, соответственно). Однако в группе больных со стабилизацией опухолевого роста (регресс менее 50%), как и у пациентов с дальнейшим прогрессированием процесса этот показатель был одинаков с контрольной группой и составил соответственно $10,2 \pm 2,4$, $9,6 \pm 1,8$ и $10,8 \pm 3,0$ мес.

Таблица II.3.3.4

**Клинические результаты лечения больных с
местнораспространенным раком прямой кишки
после достижения регрессии первичного очага**

Клинические данные	Основная группа		Контроль	
	ПР*	ЧР*	ПР	ЧР
Продолжительность ремиссии в мес.	23,8	20,6	24,5	12,8
Средние сроки возобновления роста опухоли в мес.	18,9	16,8	17,5	10,7
Средняя продолжительность жизни в мес.	34,7	26,9	27,0	18,7

Примечание: * — ПР, ЧР — соответственно полная и частичная регрессия опухоли.

По разработанной методике В.П. Светицким были пролечены 20 больных рецидивным раком прямой кишки (табл. II.3.3.5). Эффективность проведенного лечения сопоставлялась с результатами, полученными в контрольной группе, насчитывающей также 20 человек, в которой системная монокимиотерапия 5-ФУ, проводившаяся по аналогичной схеме, не сопровождалась внутритростной СВЧ-гипертермией.

Как видно из таблицы II.3.3.5, полной регрессии первичного очага не удалось достигнуть ни у одного из 40 больных с рецидивным раком прямой кишки. Частичная регрессия опухоли зарегистрирована у 12 (60%) человек исследуемой группы по сравнению с 5 (25%) пациентов в контрольной группе ($p < 0,1$). Таким образом, термохимиотерапия позволила на 35% увеличить число больных с частичной регрессией первичного очага по сравнению с аналогичными показателями после монокимиотерапии.

В табл. II.3.3.6 представлены сроки выживаемости больных с рецидивным раком прямой кишки после проведения выше указанных методик лечения

Таблица II.3.3.5

Степень регрессии первичного очага у больных с рецидивным раком прямой кишки в зависимости от методики лечения

Непосредственная реакция опухоли	Химиотерапия		Термохимиотерапия	
	абс.	%	абс.	%
Полная	—	—	—	—
Частичная	5	25	12	60
Стабилизация	8	40	4	20
Прогрессирование	7	35	4	20
Всего	20	100	20	100

Таблица II.3.3.6

Сроки выживаемости больных рецидивным раком прямой кишки в зависимости от методики лечения

Сроки выживаемости	Химиотерапия		Термохимиотерапия	
	абс.	%	абс.	%
Всего больных	20	100	20	100
3 мес.	19	95	20	100
6 мес.	14	70	18	90
12 мес.	8	40	12	60
18 мес.	2	10	4	20
24 мес.	—	—	1	5

Как показывают данные таблицы II.3.3.6, достоверные различия в продолжительности жизни данного контингента больных (в пользу термохимиотерапии) отмечаются в сроки от 6 до 18 мес наблюдения.

Данные, полученные В.П. Светицким (2001), подтверждаются исследованиями и других авторов.

В. Rau и др. (1999) при термохимиорадии (5-ФУ) больных местнораспространенным раком прямой кишки (T_{3-4}) полную и частичную регрессию наблюдали соответственно в 6% и 59%. Четырехлетняя безрецидивная выживаемость в данной группе больных составила 60%. К сожалению данные авторы не приводят результаты исследования в контрольной группе больных. Однако по нашим сведениям из литературы эти показатели намного превышают результаты лечения полученных при использовании одной только лучевой или термолучевой терапии.

По данным Kitamura Y. (1996) при термолучевой терапии больных раком пищевода на фоне химиотерапии блеоцином 3-летняя общая выживаемость составила 50%, тогда как при одной лучевой терапии — 24% ($p < 0,05$).

Другой важной причиной применения гипертермии при химиотерапии опухолей является развитие в опухолевых клетках резистентности к цитостатикам. В основе развития устойчивости опухолей к лекарственным препаратам лежат разные причины — от молекулярно-генетических изменений в клетках до особенностей взаимоотношения ее паренхимы и стромы.

Известно, что опухолевая клетка является сложной биологической системой, и в ней развивается резистентность к лекарственным препаратам (наряду с развитием к лучевому лечению), которая по своей природе может быть врожденной и приобретенной. Если первая связано с рядом молекулярно-генетических и биохимических особенностей развития всех клеточных популяций опухоли, тогда как в основе развития приобретенной резистентности лежат процессы естественной селекции, адаптационных изменений, конститутивного ответа на стресс, амплификации и переноса генов. При этом, оба вида резистентности носят перманентный характер (Саприн А.Н. и др., 1996).

Согласно статистическим данным Американского противоракового общества, у вновь зарегистрированных онкологических больных 1988 г. в 50% случаев обнаружена исходная резистентность к цитостатикам, а в 49% — устойчивость к ним проявилась в процессе лечения (Young R., 1990).

Наиболее показательными о влиянии нагревания в повышении эффективности химиотерапии опухолей являются результаты применения общей гипертермии (ОГ) в сочетании с ХТ, проведенные как отечественными так и зарубежными исследователями (Александров Н.Н., 1980; Жаврид Э.А. и др., 1987; Жаков И.Г. и др., 1990; Карев И.Д. и др., 1995, 1999; Robins H., Cohen J., 1992; Herzog A., 2000; Migeod D., 2000). Полученные данные свидетельствуют о том, что ОГ может устранять некоторые формы рези-

стентности опухолевых клеток и, тем самым, оказывать не только паллиативный и симптоматический эффект, но и статистический достоверно увеличивать продолжительность жизни больных с генерализованными и диссеминированными формами опухолей, ранее неоднократно и безуспешно получавших курс лекарственной терапии.

В настоящее время для проведения ОГ в клинике используются установки с различными теплоносителями: воздух, вода, инфракрасное излучение, обкладывание подогретым парафином или экстракорпоральный нагрев крови. Практически все эти методы переносятся больными тяжело, т.к. они основаны на экзогенном нагреве, при котором наибольшая температура достигается на коже или в сосудах (при экстракорпоральном нагреве). При таких методах ОГ, для выхода на режим необходима, во-первых, высокая наружная температура (44-46°C), во-вторых, длительное время воздействия (4-6 ч).

Родоначальником ОГ (как и локальной гипертермии) в СНГ является НИИ онкологии и радиологии Республики Беларусь (Александров Н.Н., 1980; Жаврид Э.А. и др., 1987). В последующем этот метод был применен в Н.Новгородской медицинской академии (Пугачев В.Ф., Напалков А.Н., 1990), Ивановском медицинском институте (Кулемин В.В. и др., 1990, 1991), Новосибирском онкологическом диспансере (Сувернов А.В. и др., 1990) и в НИИ онкологии и радиологии Республики Узбекистан (Худайбердиев А.Н., 1995). Этот метод в последние годы усиленно разрабатывается и за рубежом (Berry J. и др., 1996; Herzog A., 1997; Reddy H., 1987; Robins H. и др., 1989, 1992; Takeuchi T. и др., 1996). В Токио в 1991 г. организован Японский центр по общей гипертермии, в котором к 1995 г. 112 больным проведено 954 сеанса ОГ с использованием инфракрасного излучения (Takeuchi T. и др., 1996).

Наибольший опыт водоструйной ОГ имеет НИИ онкологии и радиологии Республики Беларусь (Александров Н.Н. и др., 1980). Этим методом ими пролечены свыше тысяч больных, результаты которых показали о перспективности применения ОГ даже при таком методе нагрева.

Суммарные данные различных авторов по результатам лечения генерализованных форм опухолей с помощью различных методов ОГ, представлены в табл. II.3.3.7-II.3.3.9. Как видно из таблицы II.3.3.7, выживаемость больных генерализованными формами рака почки и мелкоклеточного рака легкого после водоструйной ОГ в наблюдаемые периоды времени (0,5-2 года) достоверно была выше, чем в контрольной группе. При таком методе ОГ 5-ти-

Таблица II.3.3.7

**Результаты лечения больных диссеминированными
формами опухолей с помощью водоструйной или
инфракрасной общей гипертермии**

Автор	Диагноз	Основ- ная/конт- рольная группа (n)	Режим ОГ, °С/мин.	Погодовая выжива- емость больных, %			
				1	2	4	5
Жаков И.Г. и др., 1990#	Множеств. отда- ленные мтс рака почки (первичные больные)	23/23	40-42/ 200- 260	74/ 17*	22/ 0*	—	—
Жаков И.Г. и др., 1990#	Множеств. отда- ленные мтс рака почки после нефрэктомии	17/39	—//—	73/ 14*	35/ 0*	—	—
Жаков И.Г. и др., 1990#	Мелкоклеточ- ный рак легкого	38/44	40-41,8/ 180- 240	55/ 21*	6/ 0*	—	—
Жаков И.Г. и др., 1990#	Меланома кожи:						
	А. Первичная	168/-	40-42/				
	T4N0M0 — III ст.	10/-	275±30	—	—	—	89
	T4N1-2M0 — III ст.	37/-	—//—	—	—	—	44
	T4N1-2M1a — IV ст.	15/-	—//—	—	—	—	17
	T4N1-2M1b — IV ст.	6/-	—//—	—	—	18	—
	Б. Вторичная	100/-	—//—	—	—	—	31
Taseuchi T. et al., 1996!	Мтс опухолей различных локализаций	112/—	Данных нет	12	4	3	—

Примечание: #, ! — нагревание проводилось с помощью водяной бани или инфракрасного излучения, соответственно;

* — различия по сравнению с контролем достоверны
($p < 0,05-0,001$)

летняя выживаемость больных с III-IVст. меланомы кожи составили соответственно 44-89% и 17%, что значительно выше имеющихся данных в литературе.

Несколько низкие показатели выживаемости больных получены Taseuchi T. и др. (1996) при использовании для ОГ инфракрасного излучения. По их данным из 112 пролеченных больных (в возрасте до 82 лет) с различными локализациями и типами опухолей в 81,3% случаях имело место полная или частичная регрессия, и в 78,5% — значительное улучшение общего состояния т.е. был получен выраженный симптоматический и паллиативный эффект. Однако ближайшие и отдаленные результаты лечения были более низкими при сравнении с данными других авторов. Такие результаты в некоторой степени мы связываем с характером подбора больных. У данных авторов 41% больных были в возрасте 50-82 лет, тогда как у других, их возраст не превышал 60 лет.

Из зарубежных исследований следует также отметить работу Migeod D. (2000). Он использовал общую гипертермию для лечения больных с гормонорезистентными формами метастазов рака предстательной железы. Результаты полученных данных у 58 больных со 110 метастазами в различных органах представлены в табл. II.3.3.8.

Таблица II.3.3.8

Результаты применения «ОГ+ХТ*» при гормонорезистентных формах метастазов рака предстательной железы

Локализация мтс	Число мтс	ПР+ЧР,** %	Длительность ремиссии, мес
Кости+л/узлы	56+32	68!	7,3
Печень	16	—	
Другие органы	6	—	
Всего мтс	110		

Примечание: * — Treosulfan или комбинация Epirubicin/Mitomycin;

** — ПР,ЧР — полная или частичная регрессия опухоли, соответственно;

! — даны суммарные данные для костей и л/узлов.

В конце 1980 г. в СССР начато клиническое испытание установки «Яхта-5», предназначенный для проведения ОГ с помощью электромагнитного поля ВЧ диапазона (13,56 МГц). Первые наблюдения за больными с генерализованными формами опухолей почек, рака легких, желудка, меланомой и злокачественными лимфомами показали достаточно высокую ее эффективность и низкую частоту развития осложнений (Жаков И.Г. и др., 1990; Мавричев А.С., 1993; Красный С.А., 1995). В настоящее время этот метод продолжает интенсивно использоваться как в Республике Беларусь (Жаврид Э.А. и др., 1987; Поляков С.Л., 1997), так и в Н. Новгородской медицинской академии (Карев И.Д. и др., 1997, 1999). Некоторые данные по результатам использования установки «Яхта-5» для проведения ОГ приведены в таблице II.3.3.9.

По данным И.Д. Карева и др. (1997, 1999) при ОГ на установке «Яхта-5» в сочетании с ХТ у больных диссеминированными формами рака молочной железы, резистентного к антрациклинам, положительную динамику наблюдали при метастазах в кости — в 62,5% случаях, раке желудка — в 22%, колоректальном раке — в 10,7% и опухолях женской половой сферы — в 47,7%. В общей сложности у 75% больных имело место полное или частичное купирование болевого синдрома после первого же сеанса ОГ с продолжительностью до 3 недель и более.

Из табл. II.3.3.9 также видно, что при использовании ОГ с ПХТ (на фоне гипергликемии) у больных с множественными ближайшими и отдаленными метастазами рака почки, 3-хлетняя выживаемость составила 19-61%, 5-летняя — 5-61%, тогда как в контрольной группе они составили 8-22% и 0-7%, соответственно (Красный С.А., 1995; Мавричев А.С., 1993; Поляков С.Л., 1997). Особо следует отметить высокую эффективность ОГ у больных с местнораспространенным раком почки. По данным Мавричева А.С. (1993) в течении 3-х и 5-ти лет выживаемость больных после ОГ не менялась и составила 94%, а в контроле она была равна 54% и 27%, соответственно.

Представленные данные свидетельствуют, что ОГ в силу особенностей биологического действия на опухоли в целом (при умеренных режимах усиление кровотока и повышение pO_2 , а при высоких температурно-экспозиционных режимах подавление кровотока и снижение pO_2 , pH и т.д.) и на ее клетки (повреждение внутриклеточных структур, ингибирование ферментов репарации, денатурация белков и т.д.) повышает эффективность используемых ХП.

Несмотря на определенные успехи применения ОГ, в сочетании с химиотерапией (ХТ), были обнаружены и некоторые побоч-

Таблица II.3.3.9

Результаты лечения больных диссеминированными формами опухолей с помощью общей электромагнитной гипертермии

Автор	Диагноз	Режим ОГ, °C/мин.	Основ- ная/конт- рольная группа (n)	ПР+ ЧР*, %	Выживаемость больных, %	
					3 года	5 лет
Карев И.Д. и др., 1997, 1999	Рак молочной железы с мтс в кости	42,5- 42,7/ 80	93/—	62,5	—	—
Карев И.Д. и др., 1999	Рак: а) желуд- ка; б) толстой кишки с мтс в печень; в) жен- ской половой сферы	42,5- 43/ 80- 100	а) 27/— б) 28/— в) 40/—	а) 22,2 б) 10,7 в) 47,5	— — —	— — —
Карев И.Д. и др., 2001	А. Рак почки с мтс в регио- нарные лим- фоузлы	40- 42,5/ 180- 300	26/18	—	61/11	61/5
	Б. Местнорас- пространенный рак почки	—//—	22/14	—	94/54	94/27
Маври- чев А.С., 1993	Рак почки с множеств. от- даленными мтс	40- 42/ 180- 360	69/378	—	52/22	42/7
Поля- ков С.Л., 1997	Отдаленные мтс рака поч- ки, развивши- еся после не- фрэктомии	40- 42/ 180- 360	50/63	32,2	19/8	5/0
Krasny S. et. al., 1997	Ближайшие и отдаленные мтс рака почки	—//—	54/35	—	—	61/5

Примечание: * — ПР, ЧР — полная или частичная регрессия опухоли, соответственно.

ные эффекты ее. Это связано с тем, что ОГ является мощным стрессорным фактором для больного, вызывающим активацию симпатико-адреналовой, гипоталамо-гипофизарно — надпочечниковой систем, сдвиги кислотно-щелочного равновесия, изменения биохимических показателей, свертывающих системах крови, гемодинамики, нарушение проницаемости клеточных мембран, клеточную деградацию, ДВС-синдром и т.д.

В литературе побочные эффекты лечения ОГ освещены только в единичных работах (Карев И.Д., Королева И.А., 1997; Поляков С.Л., 1997; Мардынский Ю.С. и др., 2001). По данным Карева И.Д., Королевой И.А. (1997) из 38 больных мелкоклеточным раком легкого после ОГ, проведенной на установке «Яхта-5», 2 (5%) умерли на 3 и 4 сутки от ДВС-синдрома и острой сердечной недостаточности. Из 1800 сеансов ОГ, проведенной на этой же установке Красным С.А. (1995) в 320 (17,8%) случаях наблюдали обострение почечно-печеночной недостаточности, в 324 (18) — гипотонию, в 6 (0,3%) — дистресс-синдром взрослых и в 12 (0,7%) — ДВС-синдром. Последние два фактора послужили причиной смерти 16 (0,9%) больных. Дыхательная недостаточность, связанная с остаточной кураризацией, ларингоспазмом, миастенией, в ближайшем постгипертермическом периоде, развилась у 120 (6,7%) пациентов и была ликвидирована пролонгированной вентилиацией легких, оксигенотерапией, введением мускариноподобных препаратов. Эти данные подтверждают необходимость применения при ОГ не только комплекса анестезиологическо-реанимационных пособий, но и ряда профилактических мероприятий. С этой целью Прохорова В.И. и др. (1990) во время ОГ предлагают проводить инфузию плазмозаменителей и растворов электролитов — для поддержания гемодинамики и профилактики дегидратации, гипокалиемии, гипофосфатемии и гипوماгнемии. Кроме того, они рекомендуют дополнительно применять большие дозы инсулина на фоне введения небольших доз глюкозы, доводя ее концентрацию в крови до 6–12 ммоль/л. В последующем для повышения толерантности организма к ОГ дополнительно к инсулину (Жаков И.Г. и др., 1990) начали применять антиоксидантный комплекс (витамины А, Е, С) и антикоагулянты. Комплекс вышеуказанных методов позволил значительно улучшить переносимость ОГ и уменьшить ее побочные эффекты. В частности, ни в одном случае не отмечены смертельные исходы после сеансов ОГ, редко развивались типичные для ОГ нарушения сердечного ритма и миокардиодистрофия.

Кулемин В.В. и др. (1990, 1991) апробировали различные подходы к защите гемодинамики во время сеансов общей гипертер-

мии с гипергликемией и ХТ. При этом были использованы фармакологические вещества действующих отрицательно хронотропно (сердечные гликозиды, фентанил), антиаритмические средства (кордарон, панангин, феноптин). Наилучшие результаты были получены при дополнительном внутривенном введении новокаина. Кроме того они считают, что мнение о гемолизе и связанной с ним калиевой интоксикации, как причине смерти и сердечной слабости при ОГ недостаточно обосновано.

Для уменьшения протеолиза при нагревании с помощью водоструйной ОГ Сувернов А.В. и др. (1998) дополнительно использовали в/в введение раствора уротропина, что позволило повысить уровень температуры на 1°C (с 43° до 44°C) и получить быстрый выход на заданный режим температуры.

Применение перечисленных защитно-профилактических мероприятий позволило снизить частоту и выраженность побочных эффектов, хотя они не были полностью устранены. Так по данным Полякова С.Л. (1997) из 154 сеансов ОГ, проведенных 50 больным, на установке «Яхта-5» в 14% развилось нарушение сердечного ритма, в 22% — повышение температуры тела, в 17,5% — ожоги и в 31% — герпес. Дополнительное применение интерферон- α_2 усиливало токсические эффекты ОГ.

Другой проблемой при проведении ОГ является поиск оптимальных уровней температурно-экспозиционных режимов. Данные литературы показывают, что даже при использовании одного и того же метода нагрева, в частности электромагнитной гипертермии на установке «Яхта-5», эти параметры у разных авторов отличаются значительно. Так, в работах Карева И.Д. и др., (1997,1999) уровень температуры в прямой кишке в фазе плато составлял 42,5–43°C, а продолжительность воздействия — 80–120 мин., тогда как Жаков И.Г. и др. (1990) использовали режимы 42°C — 80 мин или 40–41,8°C — 180–240 мин. По-видимому, с этим связана разница в результатах лечения и частоте наблюдаемых побочных эффектов.

В заключение следует отметить, что на основании собственного опыта и данных отечественной и зарубежной литературы можно утверждать, что включение в схему химиотерапии опухолей локальной или общей гипертермии позволяет добиться достоверного улучшения непосредственных, ближайших и отдаленных результатов лечения онкологических больных. Кроме того, этот метод может быть широко использован как паллиативный метод лечения больных с местнораспространенными и/или диссеминированными формами опухолей, которая позволяет значительно улучшить качество их жизни не вызывая при этом резкого увеличения частоты и тяжести побочных реакций и осложнений.

II.3.4. ГИПЕРТЕРМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ И МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

История вопроса

В течение многих десятилетий вопрос о применении термического фактора в лечении злокачественных опухолей оставался дискуссионным. Применение гипертермических методов в лечении узловых и диссеминированных опухолей неоднократно привлекало внимание врачей. Первые эмпирические попытки использовать повышенную температуру для лечения опухолей предпринимал и Гиппократ, прижигая узловые формы, распадающихся опухолей раскаленным железом. Изучение литературы по использованию гипертермии в онкологии, позволило выделить три периода изучения этого вопроса.

Первый период, относящийся в основном ко второй половине прошлого столетия, характеризуется эмпирическим подходом к использованию тепловых воздействий в онкологии. *Второй период* охватывает первые шесть десятилетий текущего столетия. Он представлен многочисленными попытками научного обоснования применения высоких температур в экспериментальной и клинической онкологии.

Третий период, начавшийся с 60-х годов, можно охарактеризовать как этап углубленного изучения гипертермии и эффективности использования ее в качестве компонента комплексного лечения. Этот период представлен целой серией сообщений, отношение к которым было то излишне восторженным, то необоснованно скептическим. В литературе неоднократно приводились случаи замедления или остановки роста злокачественных опухолей у человека и даже их полного исчезновения после инфекционных заболеваний, протекающих с высокой температурой. Первое сообщение о тормозящем воздействии на опухоль лихорадки, вызванной, в частности, малярией, сделал de Kizowitz в 1779 году. Позже Busch W. (1866) отметил полное исчезновение гистологически подтвержденной саркомы у больного после перенесенного рожистого воспаления. В последующие годы подобные сообщения начали встречаться чаще: указывалось на ликвидацию иноперабельных меланом, хорионэпителиом, костных сарком и других опухолей после инфекционных за-

болеваний, протекавших с высокой температурой. Считалось, что выздоровление обусловлено высокой температурой тела. Nauts H., Fowler G., Bogatko F. (1953) приводят обобщенные данные о применении, начиная с 1893 года, «токсина Coley» в различных клиниках США для лечения опухолей. Приведенные сведения убедительно свидетельствуют об эффективности этого метода или его комбинации с другими методами лечения. Однако вызывание лихорадки путем искусственного заражения онкологических больных инфекционными заболеваниями или путем введения эндотоксинов микроорганизмов — далеко не безопасно. К тому же этот метод, выполняемый даже с помощью современных пирогенных препаратов типа пирогенала, сам по себе не обеспечивает возможности получения и поддержания точно регулируемых температурно-экспозиционных режимов гипертермии в пределах, необходимых для достижения деструкции опухоли.

Некоторые работы посвящены изучению так называемой спонтанной регрессии опухолей человека. Так, например, Selawry O. et al. (1957) собрал в мировой литературе сообщения о 450 случаях спонтанной регрессии гистологически верифицированных злокачественных опухолей. Оказалось, что в 1/3 наблюдений регрессия наступила после острых инфекционных заболеваний с высокой температурой (рожа, малярия, скарлатина и др.), причем саркома оказалась более чувствительной к высокой температуре, чем рак. Everson T. (1964) приводит данные о 130 случаях спонтанной регрессии гистологически подтвержденных опухолей, в том числе таких, как меланома, остеогенная саркома и др. В числе причин, обусловивших спонтанную регрессию, автор называет лихорадку и острую инфекцию.

В серии экспериментальных работ были определены температурные режимы, необходимые для разрушения опухолевых клеток.

Выделяют 3 температурные зоны гипертермии:

- 1) когда опухоль разогревается до 38–40°C, возможно усиление ее роста;
- 2) при достижении температурного интервала 40–42°C происходит сенсibilизация опухоли к химиопрепаратам и ионизирующему излучению;
- 3) при разогреве опухоли свыше 43–44°C наблюдается гибель опухолевых клеток.

Экспозиционные режимы повреждения опухоли при 42°C составляют 120 мин, при 43°C — 60 мин, при 44°C — 30 мин, а при 45°C — всего 15 мин. Соответствующие режимы для нормальных

тканей вдвое больше, что свидетельствует об их большей термостойчивости. Таким образом, в действии гипертермии важна не только максимальная температура, но и «доза тепла», которая определяется как температурой, так и продолжительностью нагрева.

Губительное действие высокой температуры на опухолевые клетки связано с поломкой целого ряда биохимических механизмов. В условиях перегрева происходит нарушение синтеза нуклеиновых кислот и белка, ингибируется тканевое дыхание, что приводит к активации лизосомальных ферментов. Изменение целого ряда биохимических процессов в опухолевых клетках повышает чувствительность опухоли к воздействию ионизирующего излучения и противоопухолевых лекарственных препаратов.

Заслуживают существенного внимания вопросы, касающиеся влияния гипертермии на иммунобиологические защитные силы организма. Благодаря исследованиям ряда авторов и, в первую очередь, Боткина С.П. (1885), Павлова И.П. (1887), Мечникова И.И. (1903), а также фундаментальным данным, содержащимся в работах Веселкина П.Н. (1963), Шевелько Е.А. (1969), посвященных специальному изучению патофизиологии высоких температур, сегодня уже нет сомнений относительно возможности стимуляции защитных сил организма с помощью гипертермии. В последние годы появился ряд сообщений об активации иммунитета организма опухоленосителя посредством гипертермических воздействий. Установлено, что искусственная гипертермия значительно изменяет взаимоотношения в системе «опухоль-организм». Иммунный ответ организма на гипертермию является решающим компонентом, определяющим исход в триаде «хозяин-опухоль-терапия». Величина и направленность ответной иммунной реакции на общую гипертермию зависят от температурно-экспозиционных параметров последней. Если температура тела не превышает 42°C — отмечается стимуляция иммунобиологических систем, при более высокой температуре может наблюдаться угнетение иммунитета. Местная гипертермия, как правило, всегда вызывает положительный иммунный ответ, восстанавливая нормальные соотношения регуляторных и эффекторных лимфоцитов, нарушенные при онкологических заболеваниях, и снижая численность Т-клеток, одновременно усиливает их функциональную активность, влияя на темпы восстановления иммунитета.

Гипертермия как компонент комбинированного лечения

Особого внимания заслуживает проблема сочетания гипертермии с химиотерапевтическим или лучевым воздействием на опухоль, т.е. использование гипертермии как компонента комбинированного лечения.

Одной из первых радиобиологических предпосылок к использованию гипертермии в лечении раковых опухолей было предположение Cavaliere R. (1930), что клетки опухолей повреждаются температурой в большей степени, чем клетки нормальных тканей.

В дальнейшем Field S.B. (1979) обосновал причины большей чувствительности опухолевых клеток к перегреву, по сравнению с нормальными. К ним относятся:

- несовершенство строения кровеносных сосудов (фенестрация и истончение стенок) обуславливает повреждение эндотелия, быструю адгезию эритроцитов в опухолевых сосудах, что приводит к застою крови, затрудняет теплоотдачу, обуславливая перегрев опухолевых узлов.
- опухолевая ткань характеризуется анаэробным типом метаболизма, выраженной гипоксией клеток, которые повреждаются теплом в большей степени, чем нормальные. (Этого нельзя сказать о чувствительности к лучевому воздействию — известен радиопротекторный эффект гипоксии).
- анаэробный тип метаболизма определяет и доминирование гликолитических процессов, снижение pH опухолевой ткани, это также обуславливает большую поражаемость клеток опухоли теплом.
- опухолевая ткань характеризуется интенсивной пролиферацией клеточных элементов, интенсивным синтезом ДНК, и именно в стадии синтеза ДНК опухолевые клетки наиболее чувствительны к перегреву.

Особого внимания заслуживает вопрос об избирательной чувствительности опухолевой ткани к облучению, химиотерапии и гипертермии в различные фазы клеточного (митотического) цикла.

Выделяют несколько периодов повышенной чувствительности нормальных и опухолевых клеток к действию противоопухолевых соединений, ингибиторов синтеза нуклеиновых кислот и белков. Наиболее уязвимой для действия цитостатиков (в особенности пуриновых и пиримидиновых антиметаболитов) является фаза S. Митотические яды (винкристин, винбластин и колхамин)

влияют в основном на фазу М, метотрексат — на S и на G₁. Алкилирующие агенты действуют на все фазы цикла.

В исследованиях чувствительности клеток (находящихся в различных фазах клеточного цикла) к гипертермии было выяснено, что клетки в фазе G₁ относительно устойчивы к нагреванию. Наиболее чувствительными к гипертермии являются клетки, находящиеся в митозе, и, что чрезвычайно важно в практическом отношении, в фазе S, причем это наблюдается при температуре до 43,5°C. При более высоких температурах различия сглаживаются. При 47°C разница в чувствительности по фазам отсутствует.

К лучевой терапии наиболее чувствительны клетки, находящиеся в митозе и G₂-стадии, резистентны к облучению клетки в стадии синтеза ДНК.

Исходя из этого можно заключить, что гипертермия является универсальным адъювантом лучевой терапии, максимально повреждая опухолевые клетки в те фазы клеточного цикла, которые наиболее чувствительны к лучевой терапии.

Другими важными радиобиологическими предпосылками использования гипертермии, является ингибирование ферментов репарации постлучевых повреждений опухолевых клеток.

К последним относятся ДНК-полимераза, обеспечивающая восстановление материала для последующей сшивки, эндонуклеаза, обеспечивающая вырезку поврежденных фрагментов спирали ДНК.

Повреждение ферментов репарации оценивается как основа радиосенсибилизирующего эффекта гипертермии, а повреждение мембранных структур как основа цитотоксического эффекта.

В основе этого лежит тот факт, что большинство внутриклеточных ферментов являются мембраносвязанными. Повреждение мембранных структур является основой повреждающего действия гипертермических сеансов на клетки экспериментальных перививных) раковых опухолей молочной железы.

При электронной микроскопии отмечено повреждение как наружной цитолеммы, так и внутрицитоплазматических мембран. Особо выражено повреждение митохондриальных мембран, приводящее к селективному угнетению ферментов аэробного метаболизма.

В этом и состоит механизм аддитивного действия между гипертермией и облучением, так как известно, что мишенью лучевой терапии является клеточное ядро, в котором при действии ионизации возникают одно и двунитевые разрывы спирали ДНК, повреждение пуриновых и пиримидиновых оснований (Жестянни-

ков В.Д., 1979; Когл Дж., 1994), мишенью повреждающего действия гипертермии является повреждение мембранных структур.

Другими механизмами повреждающего действия гипертермии является угнетение синтеза белка в цитоплазме опухолевой клетки и синтеза нуклеиновых кислот, что было обнаружено как в клеточной культуре *in vitro*, так и в экспериментальных исследованиях *in vivo*.

Общими для лучевой терапии и гипертермии механизмами является ингибирование клеточного цикла, задержка его на стадии.

Весьма существенным является и вопрос о температурных режимах гипертермии, максимально повреждающе действующих на опухолевые клетки и не вызывающих существенного повреждения неопухолевых тканей. Важен также и вопрос о последовательности сочетания гипертермии с сеансами лучевой терапии.

Экспериментальные данные показали, что под влиянием гипертермии происходит значительное усиление противоопухолевого действия химиотерапевтических средств. Так, гипертермия в комбинации с L-эритро-L, В-дигидроксibuтиральдегидом оказалась в 100 раз более эффективной, чем каждое из этих воздействий порознь, в опытах *in vivo* с клетками L1210. Препараты, не эффективные в нормотермических условиях, оказались эффективны в условиях гипертермии. Повышение температуры приводит к значительному увеличению меченых радиоактивными изотопами алкилирующих химиопрепаратов в опухоли и метастазах. Общая гипертермия с адриамицином в сравнении с другими существующими методами лечения оказалась наиболее эффективной при лечении больных раком почки с множественными метастазами.

Вместе с тем локальная термохимиотерапия приводит к значительному повреждению опухоли до операции, что снижает риск интраоперационной диссеминации раковых клеток. Так, у больных раком молочной железы III А, Б стадии, которым до операции была проведена термохимиотерапия и экономная резекция, развитие метастазов отмечено в 5,4% случаев, тогда как в контрольной группе, где операция проводилась без термохимиотерапии, частота развития метастазов составила 16%.

В настоящее время следует считать установленным, что противоопухолевый эффект термохимиотерапии связан с угнетением механизмов репарации, повышенной способностью химиопрепарата проникать через клеточные мембраны. Степень эффекта зависит от особенностей метаболизма опухоли, применяемого цитостатика и последовательности воздействия модификаторов.

Приведенные теоретические, экспериментальные и клинические данные подтверждают целесообразность сочетания химиотерапевтических средств и гипертермии при лечении опухолей. Это положение становится еще более существенным, если учесть, что к химиотерапии особенно чувствительны быстро растущие опухоли, а к гипертермии — медленно пролиферирующие.

Для большинства опухолей характерен пониженный (по сравнению с нормальными тканями) кровоток, в связи с этим при перегреве опухоли наблюдается следующий феномен: из-за замедленного отвода тепла опухоль нагревается интенсивнее здоровых тканей.

Радиосенсибилизирующий эффект гипертермии (повышение чувствительности опухоли к ионизирующему излучению) связан с тем, что при перегреве блокируются ферменты репарации (система репликаз) и поврежденные ионизирующим излучением макромолекулы (ДНК, РНК, белки) не могут быть восстановлены опухолевой клеткой. Понимание этого механизма дает в руки врача практический вывод: оптимальным является одновременное проведение гипертермии и лучевой терапии, но так как это технически трудно выполнимо, то первой должна быть гипертермия и вслед за ней с минимальным временным интервалом следует проводить лучевую терапию (т.е. к началу лучевой терапии ферменты репарации должны быть уже повреждены). При комбинации температурного воздействия и ионизирующего излучения наблюдается феномен, который принято называть «синхронизацией митотического цикла»: под воздействием высокой температуры большое число клеток одновременно вступает в фазу G_2 , т.е. в фазу, когда наблюдается наибольшая чувствительность к ионизирующему излучению.

Применяя ионизирующее излучение для терапии злокачественных опухолей и определяя суммарную очаговую дозу, врач рискует, с одной стороны, получить рецидив опухоли вследствие недостаточно высокой дозы облучения, а с другой — вызвать тяжелые лучевые повреждения окружающих опухоль здоровых тканей. На практике эти вопросы решаются, как правило, путем уменьшения дозы облучения и выбора соответствующих режимов лучевой терапии (фракционирование дозы, расщепленный курс, мультифракционирование и др.).

Методы дистанционной локальной гипертермии

Локальной гипертермии обычно подвергаются поверхностно расположенные опухоли (опухоли кожи, нижней губы, молочной

железы, нижеампулярного отдела прямой кишки, простаты), т.к. глубина оптимального разогрева обычно составляет 4-5 см. Для проведения локальной гипертермии используются генераторы электромагнитных излучений СВЧ-, ВЧ- и УВЧ диапазонов. Наиболее часто применяются СВЧ-установки с рабочей частотой 915 мГц. Основным достоинством электромагнитного нагрева биологических тканей является способность электромагнитных волн проникать вглубь биологических сред. При этом энергия поглощается непосредственно тканями, поток тепла возникает в каждой точке облучаемого объема.

Наиболее важный момент — создание оптимальных условий для максимально быстрого прохождения в течение сеанса гипертермии опасной температурной зоны (38-39°C), провоцирующей опухолевый рост, т.е. максимально быстрого выхода на рабочий режим гипертермии (43-44°C).

Термометрия при локальной гипертермии проводится инвазивным методом с помощью игольчатых термодатчиков, а также методом бесконтактной радиотермометрии (медицинский радиотермометр РТ-17). Большое значение для получения радиосенсибилизирующего эффекта локальной гипертермии имеет определение температурно-экспозиционных режимов, последовательности применения этих двух факторов. Пороговой дозой, при которой инактивирующий эффект излучения начинает превалировать над таковыми в гипертермии, является 12 Гр. На практике это означает, что в схеме терморадיותרпии гипертермией следует подключать к лечению на момент подведения суммарно-очаговой дозы 12 Гр. Оптимальным экспозиционным режимом является нагрев опухоли до 43°C в течение 1 ч.

Благодаря своим модифицирующим свойствам локальная гипертермия позволяет получить лечебный эффект с одновременным снижением суммарной очаговой дозы ионизирующего излучения на 30%, что особенно важно при лечении рецидивов опухолей, ранее уже подвергавшихся лучевой терапии.

Результаты применения локальной гипертермии свидетельствуют, что она способна вызывать значительные повреждения опухоли, как правило в центре узлов, где формируется очаг некротических изменений. Так, при раке молочной железы T₃-T₄ ст. среднее значение площади некротического фокуса составило 6,0±1,1 см². Лечение позволило снизить индекс митотической активности до 5,5‰, тогда как при лучевой терапии без гипертермии он составляет 9‰. Наряду с очевидными преимуществами лечения злокачественных опухолей, которые дает локальная СВЧ-гипертермия, у нее имеется и ряд недостатков, существен-

но ограничивающих использование данного метода. К ним относятся невозможность добиться равномерного нагрева опухолей более 5 см в диаметре, недостаточная глубина нагрева, отражение электромагнитной энергии от поверхности раздела сред (кистозные полости), ожоги кожи. Только 50% раковых опухолей молочной железы удастся прогреть до температуры 42°C. При этом до половины массы опухоли остается недостаточно нагретой, что снижает эффективность проводимой терморадיותרпии рака. Зоны недогрева, как правило, расположены на периферии опухолевых узлов, где и сохраняются опухолевые комплексы обладающие митотической активностью. Это обуславливает скрытое отдаленное метастазирование, появление рецидивов в послеоперационном рубце. При местно-распространенных опухолях, ввиду указанных недостатков, этот метод оказался не применим, в том числе и при производстве паллиативных операций.

Таким образом, локальная дистанционная гипертермия повысила эффективность лечения злокачественных опухолей, но исчерпала свои потенциальные возможности, имеет некоторые недостатки связанные с неравномерностью нагрева опухолей.

Методы внутритканевой (интерстициальной) гипертермии

С целью преодоления недостатков локальной гипертермии предложено вводить вглубь опухоли микроферромагнитные иглы, ферромагнитные боросодержащие препараты, магнитные имплантаты (так называемые видеоправляемые противоопухолевые средства). Большинство этих исследований находится еще на ранней стадии, что не позволяет оценить клинический эффект.

В Нижегородской государственной медицинской академии на кафедрах оперативной хирургии, лучевой диагностики и онкологии, фармакологии, патологической анатомии, в Военно-медицинском институте ФПС РФ при НГМА и НПО «Полет» в период с 1989 по 1997 гг. выполнены экспериментальные и клинические исследования по применению ферромагнитных жидкостей.

Была изучена возможность:

- введения ферромагнитных жидкостей (карбонильное железо и магнетит — FeOFe_2O_3) с размером частиц от 0,7 до 20 мкм в кровеносное русло и концентрации в опухоли;
- удержания частиц железа в опухоли и метастатических узлах с помощью постоянных и переменных магнитов;
- использования частиц железа для транспорта противоопухолевых препаратов;

- введения ферромагнитных жидкостей в опухоль и перитуморально;
- использования для нагрева высокочастотного тока (13,56 МГц).

В результате проведенных исследований на животных с экспериментальными опухолями 20 г, было показано, что при введении суспензии железа в кровеносную систему частицы железа захватываются опухолевыми клетками и могут проникать в ядра этих клеток. Однако еще более активно частицы железа захватываются гепатоцитами, задерживаются в канальцевой системе почек, вызывая расстройства их деятельности с выраженной картиной почечно-печеночной недостаточности.

Изучение возможности удержания частиц железа в опухоли с помощью магнитов после введения железа в кровеносное русло показало, что расположение постоянных и переменных магнитов не принесло ожидаемого эффекта. Введение суспензий карбонильного железа в опухоль и вокруг нее при раке молочной железы и саркомах мягких тканей с последующим нагревом ВЧ-током до 44°C и выше оказалось высокоэффективным средством борьбы с первичной опухолью.

Методика введения суспензии железа с размером частиц 0,7 мкм, его разогрева, температурного контроля и прибор «Вулкан», разработанные в НГМА и НПО «Полет», обеспечивают эффективный прогрев всей массы опухоли, независимо от ее размеров (в клинике проводили разогрев сарком мягких тканей размером до 18 см) до 46 °С в течение 90 минут. Лечение осуществляют следующим образом. С помощью известных методик диагностируют злокачественное новообразование молочной железы или саркому мягких тканей. Производят местную анестезию вокруг злокачественного новообразования или, если их несколько, то вокруг каждого злокачественного новообразования в области здоровых тканей в количестве 50-150 мл в зависимости от размера опухоли. Затем внутрь опухоли и вокруг нее не менее чем на 3 см от ее краев инъецируют с помощью шприца электропроводящую жидкость электропроводностью не менее $4,0 \times 10 \text{ Ом/см}^2$, например желатиноль, создавая таким образом вокруг опухоли равномерную оболочку. Когда создание токопроводящего слоя завершили, весь объем (само злокачественное новообразование и токопроводящий слой) топографически условно делят на несколько зон. В каждую зону вводят иглы-электроды для подведения высокочастотной энергии. Температурные датчики устанавливают в центр опухоли и на границе токопроводящего слоя и здоровой ткани. Высокочастотная энергия с частотой 13,56 МГц аппаратом «Вулкан»

подается на каждую группу игл-электродов в своей зоне. Ток идет между электродами во всех направлениях. Не более чем за одну минуту доводят температуру в опухоли до критической ($43,5^{\circ}\text{C}$) и поддерживают ее в опухоли на уровне $46\pm 1,0^{\circ}\text{C}$, а в токопроводящем слое $44,5\pm 0,5^{\circ}\text{C}$ в течение 80-90 минут. Температурный контроль осуществляют с помощью измерителя-ограничителя температуры.

Результаты применения ферромагнитных суспензий показывают их отрицательные свойства. К ним относится, прежде всего, развивающийся асептический некроз опухоли, сопровождающийся появлением уже в первые сутки клинической картины абсцесса или флегмоны соответствующей области тела и тяжелой интоксикации, которые не позволяют провести предоперационную лучевую терапию в нужном объеме. В этих условиях внутритканевая гипертермия с использованием частиц железа утрачивает свое назначение в качестве адъюванта лучевой терапии и может быть использована только после или вместо предоперационной лучевой терапии. Причем, оперативное лечение должно проводиться не более чем через 1-2 дня после гипертермии вследствие прогрессирующей интоксикации.

Менее значительными, но также неблагоприятными последствиями применения ферромагнитных суспензий являются редко развивающиеся ожоги кожи и косметические дефекты в послеоперационном рубце.

Результаты морфологических исследований (на примере рака молочной железы) свидетельствуют, что применение термомодификаторов вызывает выраженные структурные изменения злокачественных опухолей: снижается плотность жизнеспособной паренхимы, уменьшается индекс митотической активности и число нормальных митозов.

При дистанционной СВЧ-гипертермии наиболее выраженное повреждение отмечено в центральной зоне опухоли. При внутритканевой гипертермии повреждение опухоли происходит равномерно во всех зонах. Причем, если при использовании частиц железа фокусы некроза развивались поблизости от них, то при применении токопроводящих растворов некрозы распределялись равномерно по всей опухолевой массе.

Таким образом, вышеприведенные варианты внутритканевой гипертермии являются надежным методом девитализации опухолей, позволяющим выполнять органосохраняющие операции при раке молочной железы и саркомах мягких тканей.

Проведение гипертермии при «неудалимых» местно-распространенных опухолях (саркомах мягких тканей, раке молочной

железы T_4) показало, что она может явиться методом выбора и позволит уменьшить массу первичной опухоли, перевести больного в операбельное состояние. При этом оптимальные условия для оперативного пособия достигаются через 16–20 суток после проведенной интерстициальной гипертермии. Разогрев опухоли в интервале от 45 до 46°C не усиливает повреждение окружающих нормальных тканей, и не увеличивает число послеоперационных осложнений со стороны раны.

Как вариант, этот вид локальной гипертермии может использоваться для лечения диссеминированного рака органов брюшной полости — карциноматозе брюшины, когда эти органы нагреваются в токопроводящем растворе, инстиллированном в брюшную полость. Однако, клинические результаты этой методики требуют дальнейшей оценки.

Кроме вышеперечисленных вариантов локальной гипертермии задача равномерного нагрева опухоли может быть решена в рамках новых технологий электромагнитной гипертермии, сущность которой заключается в использовании веществ, испытывающих фазовый переход при температуре 43–45°C, например сплав железа с никелем, двуокись ванадия. Все эти технологии, основанные на различных типах фазовых переходов (диэлектрик-проводник, проводник-диэлектрик, ферромагнетики и сегнетоэлектрики с температурой Кюри (43–45°C), позволяют решить задачу автоматического поддержания заданной температуры и свободны от недостатков ферромагнитной гипертермии.

Таким образом, вышеизложенные результаты применения различных способов локальной гипертермии убедительно свидетельствуют об имеющейся возможности эффективного противоопухолевого воздействия путем локального разогрева злокачественных опухолей до высоких температур (46°C).

Кроме собственно противоопухолевого эффекта разогрев опухоли служит способом преодоления лучевой и лекарственной резистентности. Задачей проводимых во всем мире исследований является разработка методов избирательного и равномерного разогрева до температуры лечебного воздействия. Вместе с тем одной из основных проблем онкологии остается лечение запущенного рака. Поэтому наряду с совершенствованием методов и аппаратуры для локальной гипертермии активно развивается другое направление в использовании высоких температур, а именно — общая управляемая гипертермия.

Общая управляемая гипертермия в лечении местно-распространенных и диссеминированных злокачественных опухолей

Итак, как уже было сказано, для разрушения опухоли необходим перегрев свыше 43°C . Достижение этой температуры реально, хотя и не всегда возможно при местной гипертермии, и связано с целым рядом не всегда преодолимых трудностей при общей гипертермии. Выход на уровень температуры 43°C сопряжен при общей гипертермии с качественно иными проблемами, чем при локальной гипертермии. Разогрев всего организма свыше 42°C вызывает целый ряд тяжелых реакций (тканевая гипоксия, гипокания, изменение микроциркуляции), которые могут привести к гибели больного. Также трудной задачей оказалось достижение равномерности разогрева тела больного.

С середины 70-х годов в США стали использовать разогрев всего тела *горячей водой* в скафандре или специальной одежде, но это затрудняло контроль за состоянием пациента и коррекцию температурного режима. Температура теплоносителя в данных исследованиях не превышала 44°C , температура тела больного соответственно была $41,8-42,4^{\circ}\text{C}$, преобладал перегрев поверхностных тканей, что приводило к ожогам кожи.

К этому времени относятся попытки использования *экстракорпоральной* гипертермии при помощи аппаратов типа АИК. Несмотря на достаточную равномерность перегрева внутренних органов, недостатками данного метода являются неизбежный гемолиз, длительное время разогрева, т.к. температура поступающей в сосудистое русло крови не может быть значительно выше температуры тела больного и не превышает 43°C , максимальная температура тела, достигаемая при экстракорпоральной гипертермии, составляет $41,5-41,8^{\circ}\text{C}$. Кроме того, особенностью экстракорпорального метода является хирургический подход к сосудам, наложение шунтов и нередко развитие осложнений, характерных для хирургических манипуляций, тромбирования сосудов, трофических расстройств в зоне перфузии. Ток разогретой крови, поступая прямо к сердцу, может приводить к развитию миокардита и сердечно-сосудистой недостаточности.

С 1969 года в Белорусском НИИ онкологии и медицинской радиологии стала изучаться *водоструйная* гипертермия (аппарат типа «Пигмент»), при которой тело больного постоянно орошалось горячей водой. Температура теплоносителя достигала 43°C . Этот метод имел преимущества по сравнению с нагревом в ванной (лучший доступ к больному, возможность быстрого охлаждения), но сохранил большинство недостатков методов с приме-

нием ванны: перегрев преимущественно поверхностных тканей, ожоги и некрозы кожи в месте падения струи воды. В связи с тем, что больной при температуре на коже свыше 41°C испытывает болевые ощущения (в связи с воздействием на терморесепторы кожи), а при разогреве до 42°C страдает центральная нервная система, сеансы общей гипертермии стали проводить под наркозом.

Применение высокочастотных электромагнитных полей для достижения перегрева началось с 70-х годов. Преимущества *электромагнитной* гипертермии по сравнению с воздушной и водоструйной состоят в том, что тело больного разогревается «изнутри», прогрев тканей при этом равномерный, не происходит повреждения кожных покровов, возможно эффективное управление процессом разогрева.

Общая электромагнитная гипертермия осуществляется с помощью установок типа «ЭМОНА», «Яхта-5», «ЮГ-ВЧГ», состоящих из генератора электромагнитного излучения частотой 13,56 МГц, стола для укладки больного, на котором имеется водяная подушка с излучающими электродами, системы температурного мониторингирования.

Больной размещается на водяной подушке в положении «лежа на спине». Общая гипертермия проводится под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких. Контроль температуры осуществляется с помощью датчиков установленных в прямой кишке, в пищеводе, на коже, в наружном слуховом проходе. В последние годы мы проводим температурный мониторинг, измеряя с помощью отечественного радиотермометра РТ-17 температуру головного мозга и печени, что является необходимым условием проведения общей гипертермии.

Температура в разных органах и тканях зависит от скорости и объема кровотока, теплоотдачи соседним структурам и т.д. Практически важно во время сеанса гипертермии знать истинную температуру в тех органах, которые поражаются метастазами рака. С точки зрения профилактики неблагоприятных последствий гипертермии целесообразно во время сеанса контролировать уровень разогрева сердца, печени, глубинных структур головного мозга. Радиотермометрия — измерение температуры внутренних органов и тканей по собственному их излучению. Отечественный СВЧ-радиотермометр РТ-17 позволяет неинвазивным способом измерить интегральную температуру в столбике тканей площадью 3 см^2 на глубине до 6-8 см. Абсолютная погрешность прибора $\pm 0,2^{\circ}\text{C}$. Антенна прибора в изолирующей оболочке из латекса толщиной 0,01 мм устанавливается в инте-

ресующей точке перпендикулярно поверхности кожи. На время замера отключается высокочастотное поле установки общей гипертермии.

Нами установлены безопасные пределы нагрева головного мозга. Во время проведения сеанса общей высокочастотной гипертермии у онкологических больных и разогрева тела пациента до 43°C температура головного мозга может быть повышена до 41°C. Разогрев головного мозга выше 41°C является причиной неврологических расстройств в постгипертермическом периоде. Мониторирование краниocereбральной температуры позволяет своевременно начать охлаждение головного мозга и ввести коррективы в режим мощности работающей установки. При проведении общей гипертермии пациентам с метастатическим поражением печени важно знать уровень прогрева печеночной паренхимы для оценки лечебного эффекта от нагревания метастазов в высокочастотном поле. Мы выявили, что при средних показателях датчика в прямой кишке 42,7°C температура в печеночной ткани достигает 41°C, что позволяет ожидать сенсibiliзирующего действия на метастазы противоопухолевых препаратов. Максимальная величина прогрева у отдельных пациентов достигает 41,7°C, поэтому применение общей гипертермии при метастазах в печень мы всегда сочетаем с химиотерапией.

Температуру тела больного повышаем до 42,8-43°C по показаниям ректального датчика и поддерживаем в течение 80 минут; этот температурный интервал является базовым лечебным режимом. На фоне максимального разогрева вводим химиопрепараты, причем возможно снижение дозы лекарств на 50% без потери эффекта. За время процедуры проводится постоянная корректировка водно-электролитного баланса. По окончании сеанса установка отключается и остывание больного происходит спонтанно, в течение 40-80 минут в зависимости от массы тела больного. Выведение больного из наркоза проводится на уровне температуры 39°C.

В первые часы после окончания сеанса больной переводится в палату интенсивной терапии, где проводят восполнение потери воды и электролитов. В последующие 1-7 суток осуществляется дезинтоксикационная терапия.

Общая гипертермия противопоказана при общем тяжелом состоянии больного вследствие раковой интоксикации, дыхательной недостаточности III-IV степени, тяжелой анемии, лейкопении, тромбоцитопении, печеночной и почечной недостаточности, тяжелых нарушениях сердечного ритма.

Преимуществами химиотерапии в условиях общей гипертермии перед обычной химиотерапией являются:

- прямая гибель опухолевых клеток при нагревании в температурных интервалах 42,7–43°C;
- возможность уменьшения дозы вводимых цитостатиков до 50% с одновременным усилением противоопухолевого эффекта и снижением нефротоксического, кардиотоксического, гепатотоксического действия химиопрепаратов;
- стимуляция иммунной системы организма, которая снижена у онкологических больных;
- общая гипертермия является методом выбора при планировании неoadъювантной химиотерапии у больных диссеминированными опухолями (колоректальный рак, рак молочной железы, диссеминированные саркомы мягких тканей, агрессивный экстраабдоминальный десмоид);
- при местнораспространенных опухолях, особенно при раке молочной железы, саркомах, раке яичника, почки и других, проведение 1–2 сеансов общей гипертермии позволяет уменьшить их размеры и провести оперативное лечение.

Побочные реакции и осложнения, наблюдаемые после сеансов общей гипертермии с химиотерапией можно условно разделить на побочные реакции гипертермии и осложнения и побочные реакции химиотерапии, хотя это деление в значительной степени условно. К числу осложнений мы относили ожоги кожи и индукцию подкожной клетчатки, ДВС-синдром, интоксикацию, полиорганные нарушения различной степени выраженности.

Мы располагаем опытом лечения более 2 тысяч пациентов с различными диссеминированными и метастатическими опухолями, у которых на фоне проведенного лечения отмечалось прогрессирование болезни. Ранее больные получали до 17 курсов химиотерапии. Летальность при проведении сеансов общей гипертермии с полихимиотерапией составила 1,2% (к числу сеансов гипертермии — 0,6%).

Результаты лечения:

Результаты лечения диссеминированных и местно-распространенных раковых опухолей оценивается в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Отмечены следующие варианты непосредственных результатов лечения:

- *полная регрессия* — полное исчезновение всех поражений не менее чем на 4 недели;

- *частичная регрессия* — уменьшение размеров всех или отдельных очагов больше или равное 50% при отсутствии прогрессирования других очагов не менее чем на 4 недели;
- *стабилизация* — уменьшение очагов менее чем на 50% при отсутствии новых поражений или увеличение не более чем на 25%;
- *прогрессия* — большее или равное 25% увеличение одного или более очагов или появление новых поражений.

Мы проанализировали результаты общей гипертермии и химиотерапии (ХТ) в зависимости от локализации метастазов опухоли. Наилучшие результаты лечения получены при метастазах в кости, что мы связываем с высокой теплопроводностью костной ткани.

Так, при метастазах в кости рака молочной железы, объективный эффект зарегистрирован у 62% больных. Несмотря на кажущуюся легкость разогрева поверхностно расположенных метастазов опухоли в лимфатические узлы и рецидивы в послеоперационные рубцы результаты применения общей гипертермии и ХТ у больных этой группы несколько хуже, чем при костных метастазах рака. Объективный эффект получен у 54,5% больных раком молочной железы и преобладающим клиническим результатом явилась не полная, а лишь частичная регрессия.

На результаты лечения больных с диссеминированными опухолями выраженное влияние оказывает число сеансов общей гипертермии и температурный режим. Так, применение температурного режима 42,7–43°C позволяет на 17–20% улучшить результаты лечения диссеминированного рака (объективный эффект) и уменьшить число лиц с прогрессированием болезни с 24% при 42,2–42,5°C до 3,9% при диссеминированном раке молочной железы.

При увеличении числа сеансов от 1 до 3 объективный эффект у больных раком молочной железы увеличивался с 28,2% до 76,4%. При проведении 4 и более сеансов общей гипертермии с полихимиотерапией у всех больных диссеминированным раком молочной железы отмечается объективный эффект, причем при разогреве до 43°C преобладающим результатом является полная резорбция метастазов не только в кости, а также в печень и легкие.

Проведение ХТ в условиях общей гипертермии у больных диссеминированным колоректальным раком и раком желудка в отдаленные сроки после радикальных операций позволило получить объективный эффект у 24,5% больных с метастазами в печень.

Вместе с тем, у неоперированных больных объективный эффект получен лишь у 8% больных, причем наихудшие результаты отмечены при местно-распространенном раке желудка с карциноматозом брюшины.

Накопленный опыт послужил основой для пересмотра лечебной тактики у больных раком желудка и колоректальным раком. Используя общую гипертермию с ХТ в качестве инструмента до, а также после операционного воздействия, мы стремились во всех случаях к выполнению оперативного пособия, направленного на уменьшение массы опухоли и, в первую очередь, на удаление первичной опухоли. Полученные результаты свидетельствуют об увеличении безрецидивной и общей выживаемости больных с диссеминированными опухолями. При раке молочной железы они составили соответственно 25 и 36 месяцев, при колоректальном и раке желудка — 14,5 и 18 месяцев.

У 53% больных саркомами мягких тканей получен стойкий положительный эффект, и в сроки наблюдения от 3 до 8 лет отсутствовали признаки опухолевого роста.

Для больных диссеминированным и местно-распространенным раком, длительно лечившимся без выраженного клинического эффекта, субъективный эффект терапии не менее важен, так как исчезновение или уменьшение интенсивности болевого синдрома, увеличение двигательной активности, уменьшение одышки и т.п. способствуют улучшению качества жизни больных. Субъективный эффект оценивается, опираясь на рекомендации ВОЗ, следующим образом:

- «0» — пациент полностью активен, способен выполнять работу, которую выполнял до болезни без ограничений;
- «1» — испытывает трудности при выполнении физической или напряженной работы, способен выполнять легкую или сидячую работу, большую часть дневного времени проводит в постели;
- «2» — обслуживает себя полностью, но не способен выполнять легкую или сидячую работу, большую часть дневного времени проводит в постели;
- «3» — обслуживает себя с ограничениями, более 50% времени проводит лежа;
- «4» — полная инвалидность. Не способен обслуживать себя. Прикован к постели.

Больные ощущают выраженное снижение интенсивности болей уже на вторые сутки после гипертермии. Уменьшение слабости, одышки, прибавление массы тела обычно отмечается спустя 7-14 суток после гипертермии. При диссеминированном раке мо-

лочной железы с висцеральной топографией поражения субъективный эффект гипертермии при температуре до 42°C получен у 80,8%. При 43°C улучшение качества жизни отмечено более чем у 95% больных.

Нами проведена патоморфологическая оценка эффективности общей гипертермии в лечении местно-распространенных и метастатических форм различных форм опухолей.

Проведено сравнительное изучение послеоперационных препаратов молочных желез после общей гипертермии с ХТ, и контрольной группе больных, получивших ХТ 1-й и 2-й линии.

Послеоперационный материал обрабатывался рутинными гистологическими методами с подсчетом «индекса некротических изменений» в сохранившейся паренхиме. При использовании общей гипертермии его значение составило 56%, при одной химиотерапии — 31 %. Была отмечена дискомплексация коллагена, его «базофильная» дегенерация, миксоматоз, подавление митотической активности, уменьшение опухолевой инфильтрации окружающих тканей. Морфологическое исследование показывает, что общая гипертермия усиливает регрессию опухолевой ткани, способствует переводу опухолей в операбельное состояние.

В заключение необходимо отметить, что гипертермические методы являются мощным адъювантом лучевой и химиотерапии местно-распространенных и диссеминированных форм злокачественных опухолей, позволяют преодолеть радиационную и химиорезистентность большинства злокачественных новообразований, уменьшить дозу цитостатиков до 50% от курсовой. Оптимальным числом сеансов общей гипертермии следует считать 2-3 процедуры в температурном режиме 42,7-43°C, которое вызывает регрессию большинства опухолей, получая субъективный эффект и улучшая качество жизни пациентов.

Общая гипертермия в этом температурном интервале обладает выраженным противоопухолевым эффектом и может рассматриваться в качестве альтернативы химиотерапии II-III линии при диссеминированных химиорезистентных опухолях.

II.3.5. ВИХРЕВЫЕ МАГНИТНЫЕ ПОЛЯ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА

Поиск новых методов лечения онкологических заболеваний является одной из важнейших задач современной медицинской науки. В последнее время возрастает интерес к применению в онкологической практике магнитных полей с лечебной и профилактической целью, хотя магнитотерапия сама по себе не является чем-то новым и своими истоками уходит в далекое прошлое. В 1780 г. медицинское общество Франции подтвердило эффективность магнитотерапии как метода лечения болевого синдрома, и этот год традиционно считают датой рождения магнитотерапии (Гавинский Ю.В., 1996).

Действие магнитного поля (МП) на организм многогранно, клинические эффекты весьма разнообразны. Ряд ученых, изучая организм на квантовом уровне, отмечают, что механизм действия МП на живой организм основан на адекватном изменении энергии химических связей в биологических процессах (Кириллов Ю.Б., Ухов Ю.И., 1995).

Механизмы биологических и лечебных эффектов при воздействии МП зависят от таких его физических характеристик, как вид, индукция, градиент, частота, экспозиция, локализация и др. Эти параметры являются биотропными, поскольку оказывают определенное влияние на формирование ответных реакций организма. Различают следующие искусственные магнитные поля: постоянное и переменное. Постоянное МП не изменяется во времени и в данной точке пространства ни по величине, ни по направлению. Переменное МП изменяется во времени по величине, но не изменяется по направлению.

Различают синусоидальное, пульсирующее, импульсное переменное МП. Синусоидальное МП получают в результате питания индуктора от промышленной сети или от низкочастотного генератора синусоидального напряжения. Пульсирующее МП получают с помощью индуктора, питаемого напряжением, получаемым в результате одно- или двухполупериодного выпрямления. Импульсное поле получают при питании индуктора монополярными импульсами напряжения прямоугольной формы.

Индукция — основная характеристика МП, определяемая как плотность магнитного потока на площади, ограниченной замкнутым проводящим контуром, и измеряемая в единицах СИ —

Тесла (Тл). Для физиотерапевтических целей используются обычно МП с индукцией, не превышающей 50 мТл.

Градиент МП — величина магнитной индукции, которая изменяется с изменением расстояния от источника на 1 см. Он отражает направление изменения величины индукции МП.

Вектор — указывает направление магнитных силовых линий.

Частота — важный биотропный параметр, определяемый резонансным характером взаимодействия МП с биоритмами человека. Поиск оптимальной частоты МП для магнитотерапии продолжается и в настоящее время.

Экспозиция — время воздействия МП. В большинстве публикаций чаще всего указывается длительность воздействия в пределах 10-30 минут ежедневно от 5 до 25 суток. Подбор оптимального времени воздействия и количества сеансов также представляет исследовательскую проблему.

Немаловажное значение имеет такая особенность МП, как его однородность или неоднородность. Если магнитная индукция не изменяется в пространстве — поле однородно. В нем векторы магнитной индукции имеют одинаковую величину и направление, а градиент магнитной индукции равен нулю. В большинстве традиционных магнитотерапевтических устройств, применяют неоднородное поле. Работая с таким полем, необходимо знать магнитную индукцию в различных точках, ее градиент также различен, поэтому характеризовать такое поле достаточно сложно.

Особый вид МП — вихревое МП, названное так по аналогии с воздушным вихрем. Получают такое поле в установках типа «Магнитотурботрон» и «Магнитор-ИНТ», которые обладают весьма однородным МП в большом объеме, что является одним из факторов, предопределяющих их уникальность. Они позволяют получать в любой точке тела пациента практически одинаковую индукцию заданной величины, что исключает возможность «передозировки» поверхностных тканей и «недодозировки» внутренних органов магнитным полем.

Эффекты действия МП реализуются на всех уровнях организации живой материи: субклеточном, клеточном, тканевом, органном, системном и организменном и связаны со сложными молекулярно-биологическими, субклеточными и клеточными процессами.

Изучению этих явлений посвящено множество работ как отечественных, так и зарубежных ученых. Однако интерпретация данных литературы по магнитобиологии и магнитотерапии представляет определенную трудность, что обусловлено использованием разных видов магнитных полей (постоянного, переменного,

импульсного, вращающегося и т.д.), генерируемых различными установками. Известно также, что характеристики поля (индукция, частота, вектор магнитной индукции и т.д.) значительно влияют на биологические эффекты (Mulay J., 1961).

Изучению механизмов биологического и лечебного действия МП ежегодно посвящается большое число работ. Знакомство с ними показывает, что пока наибольшие успехи достигнуты исследователями первого направления и в меньшей степени — второго (Демецкий А.М., 1989).

Первый опыт лечебного применения МП в онкологии относится к 1937 г., когда появилось сообщение Spude H. о регрессии рака молочной железы при воздействии на опухоль переменным МП (ПеМП). Автор предположил существование механизма непосредственного действия МП на опухолевые клетки, в результате которого угнетается их пролиферативная активность. В последующих экспериментах на животных было подтверждено тормозящее влияние МП на развитие прививных, индуцированных и спонтанных опухолей. Barnothy (1957, 1959) получил отторжение перевивной аденокарциномы мышей. Gross L. (1964) обнаружил, что предварительное пребывание мышей в постоянном МП (ПМП) за 30 дней до перевивки опухоли увеличивало длительность их жизни. Прямое угнетающее действие МП на опухоль наблюдали при окружении последней намагниченным проволочным кольцом Уколова М.А., Химич Г.Г. (1970).

В исследованиях Огородниковой Л.С. и соавт. (1980) были проведены гистологические, гистохимические и электронно-микроскопические исследования злокачественных опухолей легкого от 20 больных, подвергавшихся в предоперационном периоде воздействию ПеМП. Установлено выраженное повреждающее действие МП на опухоль, проявляющееся в определенных морфологических изменениях как общей структуры опухоли, так и ультраструктур раковых клеток: наличии очагов некроза, дистрофических изменений клеток опухоли, разрушении ядерного хроматина, снижении митотической активности и повышении количества патологических митозов. Причем наиболее выраженная регрессия опухоли по морфологии обнаружена при высокодифференцированной аденокарциноме после 20-40 процедур, при которой, как известно, лучевая и химиотерапия недостаточно эффективны.

В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте Гаркави Л.Х., Квакиной Е.Б., Уколовой М.А. было выдвинуто предположение о том, что основную роль в процессе рассасывания опухолей под действием МП может играть гипотала-

мус. Хорошо известно, что в основе многих патологических процессов лежит развитие разной степени выраженности хронического стресса. Хронический стресс, сопровождающийся психической депрессией, в т.ч. эмоциональной, играет роль в возникновении, росте и развитии онкологических заболеваний; с ним же связано и рецидивирование, и метастазирование, и снижение неспецифической противоопухолевой резистентности, и осложнения, и побочные действия (Bahnson C.B., Bahnson M.B., 1996; Selye H., 1979; Selye H., 1981; Baltrusch H.J.E., Stangel W., 1980; Bammer K., 1981; Balitsky K.P., Vinnitsky V.B., 1981; Балицкий К.П., 1983).

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что рак можно отнести к психосоматическим заболеваниям. Известно, что состояние психической депрессии значительно ухудшает прогноз ракового процесса, в то время как при положительном эмоциональном настрое и активной жизненной позиции отмечается улучшение прогноза и увеличение длительности жизни даже в далеко зашедших стадиях рака (Grossath-Maticek R., 1980; Дильман В.М., 1983). Таким образом, задачей неспецифической терапии чаще всего является выведение организма из состояния хронического стресса.

Гаркави Л.Х. и соавторами был разработан метод лечения злокачественных опухолей с использованием МП, а также различных нейротропных веществ и биостимуляторов. Оказалось, что биотропные свойства МП способны вызвать развитие неспецифических защитно-адаптационных реакций. Гаркави Л.Х. и соавт. (1990) показали, что имеют место 3 вида реакций, каждая из которых характеризуется уровнем биологической активности организма в ответ на воздействие МП:

1. *реакция тренировки*, характеризующаяся повышением противовоспалительного потенциала, легким антикоагуляционным эффектом и повышением неспецифической активности организма;
2. *реакция активации* (спокойной и повышенной), характеризующаяся повышением противовоспалительного потенциала, нормализующим влиянием на систему гемостаза, а также быстрым и значительным повышением неспецифической резистентности. Реализация противоопухолевого эффекта при реакции активации происходит путем уничтожения клеток опухоли лимфоцитами, вращанием соединительной ткани в опухоль, т.е. сам процесс рассасывания опухоли, говорит о повышении иммунной защиты, особенно неспецифического клеточного иммунитета.

3. *стресс-реакция* — характеризуется повышением резистентности за счет процессов адаптации и больших энергетических затрат.

Разные виды МП вызывают близкие по характеру, но различные по степени выраженности изменения. МП индукцией до 30 мТл и небольшой экспозиции вызывает развитие реакций тренировки и активации. Увеличение индукции и частоты МП, а также времени его действия, сопровождается появлением гемодинамических расстройств и дистрофических изменений клеток в гипофизе, надпочечниках и других органах, что свидетельствует о развитии таких стрессовых реакций, которые влекут за собой сдвиги в обмене веществ, снижение интенсивности энергетических процессов, гликолиза, нарушение проницаемости клеточных мембран, гипоксию (Райгородский Ю.М., 1987). Наличие стресса является показанием к применению МП в целях перевода стресса в другую адаптационную реакцию.

При действии МП (общем и местном) по мере увеличения абсолютной величины действующего фактора происходит периодическое повторение триад адаптационных реакций (тренировка — активация — стресс) на разных уровнях реактивности, разделенных зоной ареактивности (Квакина Е.Б., 1985). В этой зоне действующий фактор не оказывает воздействия, что может служить объяснением фактам кажущегося отсутствия влияния МП на живые системы.

Изучение реакций, вызванных МП малой интенсивности (до 30 мТл), низкой частоты и малой экспозиции, т.е. МП, действующих на высоких уровнях реактивности организма, показало, что в этих случаях наблюдается самая высокая активность защитных систем организма и хорошая согласованность в работе эндокринной системы. Именно поэтому реакции высоких уровней реактивности лежат в основе лечебного действия МП при различных заболеваниях.

Важно иметь в виду, что при локальном действии МП лечебный эффект достигается при более значительной напряженности МП, более высоких частотах и довольно длительной экспозиции. При этом механизм локального лечебного действия МП основан на развитии местных адаптационных реакций. Для вовлечения защитных сил всего организма в борьбу с патологическим процессом путем развития реакции высокого уровня реактивности Гаркави Л.Х. и соавторы предложили сочетать предварительное общее (на гипоталамус) с последующим более сильным локальным воздействием (на область патологического очага).

Для целенаправленного вызова той или иной реакции авторы рекомендуют проводить контроль и систематическую коррекцию «дозы» МП по гормональным показателям или по показателям белой крови, что значительно проще. Тип реакции определяется по процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле крови.

При реакции тренировки число лейкоцитов, а также палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилов и моноцитов находится в пределах нормы; число лимфоцитов — в пределах нижней половины нормы (20-28%), число сегментоядерных нейтрофилов — на уровне верхней границы нормы (55-65%).

При реакции активации в зоне спокойной активации число лимфоцитов возрастает до верхней границы нормы (28-33%), число сегментоядерных нейтрофилов понижается до нижней границы нормы. В зоне повышенной активации количество лейкоцитов продолжает находиться в норме ($4-8 \times 10^9/\text{л}$), но увеличивается число лимфоцитов до 40-45%, а число сегментоядерных нейтрофилов оказывается ниже нормы, палочкоядерные нейтрофилы и моноциты остаются в пределах нормы или чуть выше ее ($\text{П} = 1-10 \times 10^9/\text{л}$, $\text{М} = 6-8 \times 10^9/\text{л}$). Эозинофилы отсутствуют, а общее количество лейкоцитов превышает $8 \times 10^9/\text{л}$.

Реакции стресса соответствует количество лейкоцитов $9-16 \times 10^9/\text{л}$, увеличение количества сегментоядерных нейтрофилов более 68%, моноцитов до 6-12%, снижение количества лимфоцитов менее 20%.

Общий анализ крови должен проводиться систематически, желательно 2 раза в неделю.

По данным Гаркави Л.Х. и Шихляровой А.И. (1999), имеются пока предварительные, но обнадеживающие результаты по уменьшению числа рецидивов и метастазов при длительном поддержании в организме больных антистрессорных реакций. Так, была достигнута полная регрессия рака нижней губы и кожи 1-2 стадий, причем в подавляющем большинстве случаев (328 из 360) удалось получить полное рассасывание опухоли без применения других методов лечения. Работы Кикута Р.П. и сотр. (1986) показали, что МП могут быть успешно применены в нейроонкологии в комплексном лечении злокачественных глиом.

МП получают все более широкое распространение в качестве немедикаментозного метода коррекции и лечения разнообразных патологических состояний. Так, из литературы известно о протекторном действии МП, используемом для повышения резистентности организма не только при развитии опухолей, но и при лучевых поражениях, физических нагрузках (Савченко Н.А., 1974;

Трипузов А.Н., 1979; Гаркави Л.Х., 1986; Кокорева Л.В., 1986). Постоянное магнитное поле применяли в комплексном лечении больных с постлучевыми ректитами и циститами, причем отмечалось быстрое (на 3–4 сутки) улучшение общего состояния, исчезновение болей, снижение частоты мочеиспускания, улучшение показателей крови и мочи (Сипаров И.Н. и Стамбровская А.А., 1989).

Противоболевое и противовоспалительное действие МП в клинике используется давно и достаточно широко (Гилинская Н.Ю., 1984; Демецкая Н.А., 1987; Li Hui, 1985). Однако теоретическое обоснование этих клинических эффектов в литературе ограничено. Меркулова Л.М. и соавторы (1982) высказали мысль о серотонинстимулирующем эффекте импульсного МП; подобный же эффект был установлен и при действии ПМП индукцией 16 мТл (Шорников А.И., Меркулова Л.М., 1988).

Допустимо предположить, что одним из механизмов радиопротекторного действия МП является вызываемое им повышение уровня эндогенного тканевого серотонина — потенциального эндогенного радиопротектора, что создает биохимический фон повышенной радиорезистентности организма (Алиева Л.И., 1970; Водопьянова Л.Г., Виноградова М.Ф., 1975). Увеличение уровня эндогенного серотонина может быть принято во внимание и для объяснения анальгетического действия МП, т.к. есть сведения, что этот моноамин способствует снятию спинального болевого синдрома через вовлечение аденيلاتциклазной системы и системы цАМФ (Луценко Н.Г. и соавт., 1985). Серотонин изменяет пороговую чувствительность нервных волокон и стволов, а также скорость проведения нервного импульса (Попова Н.К., 1978).

Анальгетическое действие МП можно предположительно связать и с понижением уровня тканевого гистамина, поскольку именно гистамин считают медиатором боли (Вайсфельд И.Л., Кассиль Г.Н., 1984). Хотя, безусловно, нельзя все многоплановые изменения, наступающие в организме при действии МП объяснить лишь изменением обмена какого-либо биоамина, но биоамин вполне может являться одним из низкомолекулярных посредников между энергией МП и сложными белковолипидноуглеводными комплексами организма. Такой посредник может быть запускающим звеном в механизме ответных реакций организма на воздействие МП.

По результатам исследований, проведенных Демецким А.М. (1989), характерной особенностью развития ответных реакций организма на воздействие МП в созданных моделях патологических процессов являлось снижение свертывающих и активация проти-

восвертывающих функций крови одновременно с повышением в ней количества опиоидных пептидов (альфа-и гамма-эндорфинов). Такая закономерность обнаруживалась, когда воздействие МП оказывалось в первые часы после создания модели патологии. В настоящее время имеется большое число данных, свидетельствующих о том, что рост опухоли сопровождается повышением активности свертывающей системы и снижением — противосвертывающей.

Кудряшовым Б.А. и соавт. (1970) было выдвинуто предположение (и подтверждено экспериментальным путем) о том, что, повышая активность противосвертывающей системы, можно вызвать угнетение опухолевого процесса. По данным работ Демецкого А.М. (1980, 1990), МП является одним из факторов, оказывающих значительное воздействие на систему гемостаза.

Исследования, подобные этим, проводились Жуковым Б.Н. (1989), Лазовецкой Л.Н. (1980), Русяевым В.Ф. (1980). Анализ результатов исследования тканевого кровотока показывает, что МП небольшой интенсивности и частоты оказывает значительное действие на сосудистую и свертывающую системы человека, выражающееся в ускорении тканевого кровотока, угнетении тромбопластической, фибриназной, фибринолитической активности и стимуляции антикоагуляционной активности крови, ингибировании полимеризации фибрина.

Таким образом, можно предположить наличие радиомодифицирующего эффекта МП: ведь улучшение кровоснабжения ткани, в т.ч. опухолевой, усиление ее оксигенации делает эту ткань более чувствительной к последующему воздействию ионизирующей радиации. Это подтверждается в работах Лю Б.Н. (1985): в случае саркомы-45 наилучший результат лечения имеет место при немедленном облучении опухолей после снятия с них магнита; с увеличением интервала между воздействиями соответственно снижается и процент торможения опухолевого процесса.

Учеными Казахского НИИ онкологии и радиологии (Лю Б.Н., Кауашев С.К., 1981) исследовался вопрос об эффективности комбинированного магнитного и лучевого воздействия на экспериментальные опухоли РС-1, лимфосаркому Плисса и карциносаркому Уокера. Показано, что под действием ПМП в опухолях существенно возрастает парциальное давление кислорода, что позволяет при попеременном воздействии ПМП и радиации, создаваемой рентгеновским источником, более эффективно воздействовать на опухоль. Таким образом, эти данные свидетельствуют о том, что предварительная экспозиция опухолей в МП, обладающем, как уже говорилось ранее, самостоятельным противоопухо-

левым действием, одновременно повышает их радиочувствительность, которая, однако, вновь снижается после устранения МП.

Вопрос о том, обладает ли МП стимулирующим действием на костный мозг, является недостаточно изученным, но работы по исследованию этой проблемы проводились. Известно, что рост опухолей сопровождается иммунодепрессией, существенным угнетением тимико-лимфатической системы, снижением нормального функционирования системы кроветворения. При лучевой и химиотерапии опухолей подавление функции вышеуказанных систем становится еще более значительным, что часто препятствует проведению этих видов специфической терапии и реализации противоопухолевого эффекта.

Опыты Мулатовой А.К. и соавт. (1981) по совместному использованию химиотерапии и ПеМП продемонстрировали, что применение ПеМП в параметрах, вызывающих реакции тренировки и активации, приводило к защите тимико-лимфатической системы от повреждающего действия химиопрепаратов, повышало ее функциональную активность без уменьшения противоопухолевого эффекта химиотерапии, а в ряде случаев даже с его превышением.

Круминя Г.А. и соавт. (1981) наблюдали лечение 71 больного со злокачественными опухолями головного мозга, получавших химиотерапию и воздействие ПеМП. Депрессия кроветворной системы отмечалась в контрольной группе в 71%, в то время как при лечении ПеМП в 63% случаев. Удалось более чем в 5 раз сократить число переливаний крови, заметно снизилось количество наблюдаемых осложнений.

Биланишвили Г.В. и соавт. (1979) применяли более сложную методику: проводили химиотерапию и лучевую терапию 125 женщинам с рецидивами и метастазами рака молочной железы на фоне ПеМП низкой частоты; при появлении выраженных признаков гипоплазии костного мозга производили трансплантацию аутологичного костного мозга. Результаты исследований показали, что у большинства пациенток применение МП способствовало сохранению функциональной активности гемopoэтической системы и делало возможным использование высоких доз лучевой и химиотерапии.

Исследователи, которые применяли МП в сочетании с хирургическим лечением (Лубенников В.А., 1995; Лазарев А.Ф., Лазарев С.А., 1999) отмечали, что использование магнитотерапии как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде способствовало более легкому течению последнего: наблюдалась ускоренная нормализация показателей гомеостаза, улучшение репара-

тивных процессов, а также повышалось качество жизни пациентов (отмечалось уменьшение болевого синдрома, слабости, недомогания, улучшалось общее самочувствие, повышался аппетит). Кроме того, весьма привлекательна простота и сравнительно небольшая трудоемкость процедуры: лечение можно проводить, не снимая одежду, мазовые и гипсовые или другие влажные либо сухие повязки, так как поле проникает через них беспрепятственно. При правильно выбранной дозировке практически отсутствуют вредные побочные действия, что сокращает область противопоказаний к нему. МП хорошо переносится больными, не имеющими противопоказаний, что также является немаловажным.

Большая часть известных магнитотерапевтических устройств, подобно всей физиотерапевтической аппаратуре, обычно предназначена для локального воздействия, и именно такие устройства широко применяются в современной физиотерапии. Другим крайним случаем является фактическое отсутствие локализации МП, точнее общее воздействие на организм МП, когда тело пациента полностью помещается в полость соленоида или между полюсами электромагнита. В работе Соловьевой Г.Р. «Магнитотерапевтическая аппаратура» (1991) утверждается, что такие устройства не реализованы, по-видимому, из-за внушительной массы и габаритов, значительных расходов провода и потребления мощности и других технических трудностей, а также, что одновременное воздействие на все органы и ткани, больные и здоровые, безразлично для пациента и может привести к ухудшению его состояния.

Однако такие утверждения опровергаются работами Кубанского медицинского института, впервые осуществившего клинические испытания установки «Магнитотурботрон» изобретателя Сеницкого Д.А. Новый метод лечения основан на воздействии вихревым магнитным полем (ВМП) на все системы организма. Одной из первых областей, в которых начали испытывать ВМП, была онкология (Архангельский В., 1995). Базируясь на исследованиях группы Уколовой М. (1971), изучавшей влияние МП на экспериментальные опухоли, Сеницкий Д.А. предложил способ лечения злокачественных опухолей (1979) и магнитотерапевтический аппарат (1981), обеспечивающий программированное и дозированное по амплитуде воздействие ВМП на весь организм.

ВМП существенно отличается от ранее применяемых в медицине магнитных полей, поэтому изучение его противоопухолевой активности действительно является весьма актуальным.

ВМП характеризуется следующими параметрами: воздействие осуществляется на весь организм пациента, помещенного в

рабочую полость индуктора, при этом индукция поля циклично, многократно, плавно изменяется от 0 до заданного максимума и снова уменьшается до нулевого значения. Одновременно поле вращается с заданной частотой. Длительность 1 цикла изменения индукции — 120 с.

Результаты опытов Бахмутского Н.Г. и соавт. позволили выдвинуть предположение о непосредственном цитонекротическом эффекте ВМП. Так, выявлено угнетающее действие ВМП на рост карциномсаркомы Уокера (1991). Наибольшее торможение роста опухоли и увеличение продолжительности жизни животных-опухоленосителей отмечалось при ежедневном 1-часовом воздействии, начатом на 6 сутки после перевивки. Индукция поля составляла 1-20 мТл, частота вращения — 6 тыс. об./мин.

Этими же исследователями было показано, что ВМП определенных параметров усиливает защитные противоопухолевые механизмы, способствует раздражению костного мозга, усилению в нем пролиферативных процессов (1990): так, при обработке мышей в течение 30 суток при ежедневном воздействии ВМП (60 минут) отмечалось увеличение числа лейкоцитов периферической крови, кариоцитов костного мозга и селезенки. Это свидетельствует о том, что воздействие ВМП можно комбинировать с традиционными методами — лучевой и химиотерапией, угнетающими кроветворение, при лечении онкобольных как с первичным, так и с метастатическим опухолевым процессом (возможно, с метастазами в костный мозг).

Предварительный анализ данных Лазарева А.Ф. и Голубцова В.Т. (1999), полученных на 1431 больном, показал хорошую переносимость ВМП всеми пациентами, уменьшение либо полное снятие болевого синдрома у 89,9%, а также хорошую сочетаемость с другими методами лечения: у больных, которым лечение ВМП сочетали с лучевой терапией, число лучевых реакций снизилось почти в 2 раза; в комбинации магнитотерапии и химиотерапии число реакций уменьшилось в 1,8 раза. При сочетании магнитотерапии с хирургическим лечением также наблюдалось снижение частоты послеоперационных осложнений.

Исследователи Кубанского медицинского института, проводившие лечение с помощью ВМП больных раком молочной железы с генерализацией процесса, выявили существенные преимущества данного метода лечения (1991). Применялось ВМП индукцией 3 мТл максимум, частотой 100 Гц, длительность процедуры 1 час, минимальное количество процедур — 30. Установлено, что наилучшие результаты лечения наблюдались у больных с внутрикожными и подкожными метастазами в области послеоперацион-

ного рубца и единичными метастазами в региональных лимфоузлах. В этой группе, которая составила 35,5%, отмечалось резкое улучшение: опухоль и метастазы исчезли или сократились не менее чем на 50% на срок не менее 1 месяца. Кроме того, в процессе лечения уменьшались или исчезали боли, улучшалось общее самочувствие, аппетит, сон. Показатели периферической крови нормализовались либо оставались в пределах нормы. Интересно, что увеличение числа процедур (больше 30) приводило к усилению эффекта.

Таким образом, можно предположить, что, обладая высокой противоопухолевой активностью, ВМП избирательно повреждает злокачественные опухолевые ткани и клетки, не вызывая каких-либо негативных ответных реакций при общем воздействии на организм. В процессе лечения нормализуются нарушенные показатели иммунитета, картина крови, улучшается самочувствие пациента. С учетом этого продолжительность курса лечения ВМП не имеет строгих ограничений, таких, как при лучевой и химиотерапии, когда в ходе лечения наступает момент вынужденной отмены назначения по жизненным показаниям. Поэтому лечение ВМП можно продолжать до получения желаемых результатов, в крайнем случае, до исчерпания терапевтического эффекта.

В литературе имеется небольшое количество данных об эффективности ВМП в отношении костных метастазов рака, хотя можно предположить возможность получения хороших результатов, учитывая наличие противоопухолевого, противоболевого, радиоиммунизирующего и других эффектов действия МП, о которых говорилось ранее. Так, по данным Московского НИИ диагностики и хирургии, где лечение ВМП проходили больные различными опухолевыми и неопухолевыми заболеваниями, в том числе остеохондрозом и полиартритом с выраженным болевым синдромом, боли исчезли или значительно уменьшились у всех больных с неонкологическими заболеваниями (Смирнова В., 1994). Ранее было объективно доказано стимулирующее действие низкочастотных МП на регенерацию костной ткани в области дефекта, минерализацию и последующую организационную перестройку кости регенерата (Дудин А.Б., 1990). Однако данная проблема, видимо, подлежит более тщательному исследованию.

Признаки регрессии рака наряду с улучшением общего состояния больных в результате проведения магнитотерапии, повышающей противоопухолевую резистентность организма, говорят о целесообразности широкого применения этого метода лечения и о необходимости дальнейшего исследования его возможностей при лечении рака.

Современный этап развития лучевой терапии характеризуется кооперацией медицинских, технических, радиобиологических подходов к лечению онкологических больных, разработке новых методов радиомодификации, которые позволили бы увеличить чувствительность опухолевых клеток к действию ионизирующего излучения и тем самым улучшить результаты лучевой терапии. Имеющиеся в литературе немногочисленные данные подтверждают потенциальные возможности вихревого магнитного поля как фактора радиомодификации при проведении дистанционной лучевой терапии, однако мы не встретили указаний на его использование в сочетании с системной лучевой терапией костных метастазов, поэтому исследование этого вопроса кажется нам достаточно интересным. Проблема улучшения результатов паллиативного лечения костного метастатического синдрома у онкологических больных требует поиска и разработки наиболее оптимальных путей проведения специфической терапии с использованием всего арсенала средств и методов, доступных в настоящее время врачу-онкологу, радиологу, хирургу.

Исследование влияния вихревого магнитного поля как радиомодифицирующего агента на результаты системной лучевой терапии

Воздействие вихревым магнитным полем на фоне системной лучевой терапии с использованием хлорида стронция-89 получали 30 пациентов с костными метастазами рака молочной железы (22) и предстательной железы (8). У 25 больных (83,3%) имелись множественные метастатические очаги в костях, подтвержденные данными рентгенографии, ЯМР-томографии и остеосцинтиграфии. Одиночное поражение наблюдалось у 1 пациента, и у 4 были зарегистрированы сочетанные метастазы. Трое больных получали воздействие вихревым магнитным полем только в сочетании с системной лучевой терапией, остальные 27 — в комплексе с другими методами специфического противоопухолевого лечения.

Лечение с использованием вихревых магнитных полей проводилось в режиме радиомодификации и обезболивания на аппарате Магнитор-ИНТ фирмы «АЛМА», количество сеансов от 5 до 15. Начало курса магнитотерапии, как правило, соответствовало началу проведения паллиативного курса локо-регионарной лучевой терапии на область метастазов либо химиотерапии, а также назначалось за 1–2 дня до внутривенного введения раствора хлорида стронция-89 и продолжалось после инъекции соответственно схеме.

Трое пациентов получали лечение вихревым магнитным полем неоднократно (2-3 раза).

Контрольную группу составили 30 пациентов с аналогичными метастатическими поражениями, получавшие системную лучевую терапию и другие методы специфического лечения без использования вихревого магнитного поля в качестве радиомодификатора.

У 50% больных на 1-5 дни после введения радиофармпрепарата на фоне магнитотерапии было отмечено временное усиление болей (феномен «вспышки»), однако впоследствии уменьшение болей наблюдалось у 29 больных (96,7%), причем у 53,3% был отмечен полный противоболевой эффект максимальной продолжительностью до 6 месяцев (рис. II.3.5.1).

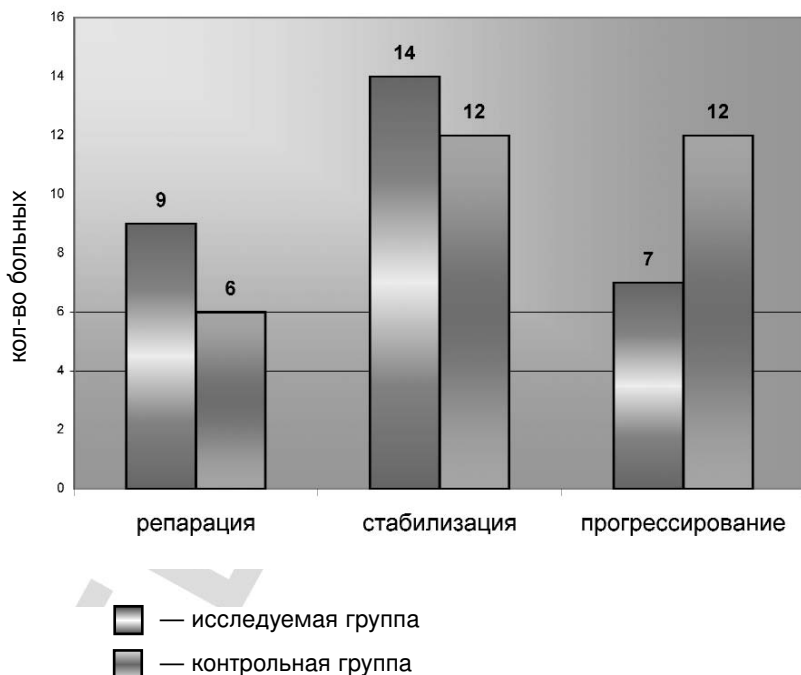


Рис. II.3.5.1. Объективный эффект после проведения системной лучевой терапии на фоне магнитотерапии и без нее.

Интересно, что у 12 из 16 пациентов, получавших инъекции стронция-89 неоднократно, наибольшая выраженность и продолжительность противоболевого эффекта была зарегистрирована именно в случае сочетания системной лучевой и магнитотерапии. В контрольной группе у 4 больных уменьшения боли не было, а полный противоболевой эффект был отмечен у 46,7% больных (табл. II.3.5.1).

Таблица II.3.5.1

Субъективный эффект после проведения системной лучевой терапии на фоне магнитотерапии и без нее

Группы больных	Непосредственный эффект			
	Улучшение			без эффекта
	полное	частичное	длительность	
Исследуемая	16	13	3,5 мес.	1
Контрольная	14	12	3,0 мес.	4

Средняя продолжительность противоболевого эффекта у пациентов, получавших магнитотерапию на фоне системной лучевой терапии, составила 3,5 месяца (105 дней), в контрольной группе — 89 дней.

Для иллюстрации сказанного выше считаем целесообразным привести одно из наших клинических наблюдений.

Больная С., 1962 г.р., в апреле-мае 1995 года проходила лечение в УОКОД по поводу рака правой молочной железы IIА стадии (T2N0M0): предоперационная лучевая терапия на молочную железу и зоны регионарного лимфооттока, СОД — 40 Гр, радикальная секторальная резекция правой молочной железы. Гистологический результат №2756 — инфильтрирующий рак, в лимфоузлах метастазов не выявлено.

Через 3 года после проведенного лечения, 22.05.98 при рентгенологическом исследовании выявлены остеолитические метастазы в костях таза справа и VI ребре слева. Больная получила противоболевой курс дистанционной лучевой терапии на область метастатических очагов в режиме укрупненного фракционирования, РОД = 4 Гр, СОД = 24 Гр, а также курс лучевой кастрации на фоне гормонотерапии тамоксифеном 40 мг/сутки. Постепенно в течение месяца боли в

костях таза уменьшились, а улучшение двигательной функции произошло через 1,5 после лечения. Контрольная рентгенография, проведенная в сентябре 1998 г. показала стабилизацию процесса в костях таза.

Однако через год болевой синдром возобновился, и при рентгенологическом исследовании позвоночника обнаружены новые метастатические очаги в Th₁₀, L_{1,2}. В октябре 1999 г. пациентке был проведен курс локо-регионарной лучевой терапии на вышеуказанные отделы позвоночника, РОД = 4 Гр, СОД = 28 Гр на фоне гормонотерапии (тамоксифен), а 17.12.99 произведено первое введение препарата стронция-89 (Метастрон). В течение двух недель умеренные боли в поясничном отделе позвоночника постепенно уменьшились до слабых, но через 2 месяца стал нарастать болевой синдром в области левого плеча. Контрольная рентгенография от 12 февраля 2000 года показала частичную репарацию очагов в телах позвонков и VI ребре слева, но исследование от 10.05.00 выявило наличие деструкции в левой плечевой кости и левой половине костей таза. 23.05.00 больной был начат паллиативный курс дистанционной лучевой терапии в режиме дробно-протяженного фракционирования на область метастаза в левой плечевой кости, СОД = 46 Гр на фоне гормонотерапии тамоксифеном. Одновременно с лучевой терапией проводилось лечение вихревым магнитным полем в режиме радиомодификации. 30.05.00 больная получила вторую инъекцию раствора хлорида стронция-89. До начала лечения пациентка получала наркотические анальгетики до 3 раз в сутки. На 1-4 сутки после введения радиофармпрепарата боли усиливались, но уже на 6 день больная смогла отказаться от приема обезболивающих препаратов. Через 2 недели болевой синдром был полностью купирован. Продолжительность противоболевого эффекта составила 3 месяца. Контрольная рентгенография показала уменьшение размеров и склероз прежних метастатических очагов. Таким образом, наступление (через 1-2 недели) и выраженность противоболевого эффекта после проведенного лечения (сочетанной лучевой терапии на фоне магнитотерапии) оказались более значительными по сравнению с таковыми после первого введения радиофармпрепарата.

В октябре 2000 года у больной были выявлены новые множественные метастатические поражения в левой бедренной кости, ключице и лопатке слева, верхне- и средне-грудном отделах позвоночника, костях черепа. Проводимые в дальнейшем лечебные мероприятия (дистанционная лучевая терапия на область метастатических очагов, третье введение раствора хлорида стронция-89, химиотерапия) не способствовали развитию достаточно выраженного противоболевого эффекта. Прогрессирование метастатического процесса продолжалось, у больной появились признаки внутричерепной гипертен-

зии с судорожным синдромом, что значительно усугубило тяжесть ее состояния. Пациентка была выписана домой на симптоматическое лечение.

При оценке объективного эффекта мы отметили, что у 2 пациентов в исследуемой группе наблюдалась полная репарация метастатических поражений, у 7 — частичная репарация множественных очагов, у 14 больных отмечена стабилизация процесса. Дальнейшее прогрессирование продолжалось у 7 больных. Для сравнения: в контрольной группе мы зарегистрировали 1 случай полного объективного эффекта, 5 больных — с частичной репарацией, 12 больных — в стадии стабилизации процесса и 12 — в стадии прогрессирования (рис. II.3.5.1, табл. II.3.5.2).

Таблица II.3.5.2

Объективный эффект после проведения системной лучевой терапии на фоне магнитотерапии и без нее

Группы больных	Кол-во больных	Непосредственный эффект			
		полный	частичный	стабилиз.	прогрессир.
Исследуемая	30	2	7	14	7
Контрольная	30	1	5	12	12

Снижение исходного уровня показателей крови (лейкоцитов и тромбоцитов) на первой и 4-5 неделе после введения радиофармпрепарата было отмечено примерно у 2/3 пациентов обеих групп. Однако, в исследуемой группе сами показатели оставались в пределах нормы, лишь у 9 больных (30%) мы наблюдали снижение количества лейкоцитов менее $3,0 \times 10^9/\text{л}$ и у 7 больных (23,3%) — снижение количества тромбоцитов менее $180 \times 10^9/\text{л}$. В контрольной группе уменьшение уровня этих показателей ниже границы нормы наблюдалось чаще — у 11 больных (36,7%).

На основе полученных данных мы можем сделать вывод, что, применение вихревого магнитного поля с целью радиомодификации целесообразно для улучшения результатов паллиативного лечения, включающего лучевую терапию, как системную, так и дистанционную, и лекарственное лечение. Основанием для этого служит развитие выраженного противоболевого эффекта, большее количество зафиксированных репараций метастатических очагов, а также хорошая переносимость данного метода всеми пациентами.

Роль магнитотерапии в лечении распространенного рака пищевода

Известно, что лучевая терапия является основным методом лечения распространенного рака пищевода (РРП), но даже ее проведение не всегда возможно. Это связано с рядом факторов: пожилой возраст пациентов, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, тяжелые нарушения гомеостаза, дефицит массы, метаболические сдвиги. В связи с этим мы посчитали целесообразным применить вихревое магнитное поле для улучшения переносимости курса лучевой терапии у больных РРП. Для этого нами была использована магнитотерапевтическая установка «Магнитотурботрон». В период с 1997 по 2000 год в нашей клинике курс лучевой терапии был проведен 98 больным. Из них 46 пациентам этот курс был проведен совместно с магнитотерапией. Диагноз был верифицирован у всех больных. У 86% из них была III стадия заболевания, а у остальных — IV стадия.

Определенные перспективы повышения эффективности лечения связаны с нетрадиционным фракционированием дозы ионизирующего излучения, применением радиомодификаторов, а также комплексным использованием лучевой и лекарственной терапии.

В нашей работе мы применяли два режима фракционирования дозы: дробно-протяженный и динамический. Дробно-протяженный режим предусматривал ежедневное облучение (5 фракций в неделю) в разовой очаговой дозе 1,8 - 2,0 Гр. Исходя из того, что ряд авторов (Kolaric et al., 1976; Wieland et al., 1977) указывают на необходимость облучения неоперабельного рака пищевода в дозах 60-70 Гр, обосновывая это тем, что отдаленные результаты лучше при дозах не менее 55-60 Гр, мы применяли суммарную очаговую дозу, равную 60 Гр, при отсутствии выраженных местных лучевых реакций — до 70 Гр. Режим динамического фракционирования дозы включал 3 укрупненные фракции по 4 Гр ежедневно и далее по 2-2,4 Гр в день с дроблением на две фракции по 1-1,2 Гр с интервалом 4-5 ч до суммарной очаговой дозы 60-66 изоГр. Облучение надключичных лимфоузлов проводили дробно-протяженным методом, РОД = 2 Гр, СОД = 44-50 Гр.

Ввиду имеющихся данных о лучшей переносимости больными прерывистого режима облучения (Абдурасулов В.М., Зенович Н.М., 1976; Крутилина Н.И., 1974), мы использовали расщепленный курс облучения. Он заключался в следующем: за I этап облучения длительностью 3 недели к опухоли подвели 30-32 изоГр. После перерыва в 3 недели проводили II этап облучения в

очаговой дозе 30-34 изоГр. Таким образом, суммарная очаговая доза за 2 этапа составляла 66-70 Гр. В режиме дробно-протяженного фракционирования пролечены 58 больных и 45 — в режиме динамического фракционирования.

В зависимости от проведенного лечения, было сформировано 4 группы больных: 1 группа представлена 32 пациентами, получавшими курс ТГТ в режиме классического фракционирования дозы; во 2 группу вошли 22 человека, получавших курс лучевой терапии в режиме динамического фракционирования дозы, 26 больных, прошедших курс ТГТ классическим фракционированием на фоне магнитотерапии, составили 3 группу. Аналогично этому 4 группа представлена 23 пациентами, которым на фоне лучевой терапии в режиме динамического фракционирования дозы проводился курс магнитотерапии в качестве радиомодификации.

Оценка эффективности лечения проводилась по двум основным направлениям и включала оценку субъективного и объективного эффекта.

Субъективный эффект оценивался по степени выраженности симптомов с использованием следующей шкалы:

- 1 — полный ответ, когда у пациента нет жалоб, включая жалобы на дисфагию;
- 2 — частичный ответ, когда наблюдается снижение выраженности дисфагии более чем на одну степень;
- 3 — нет ответа, состояние без перемен;
- 4 — наличие симптомов, угрожающих жизни.



Таблица II.3.5.3

Субъективный эффект у пациентов с распространенным раком пищевода по окончании лечения

Метод лечения	Абс. кол-во больных	Субъективный эффект			
		1	2	3	4
КФ	32	2 (6%)	8 (25%)	18(56%)	4 (13%)
КФ+М	26	4 (15%)	7 (27%)	13(50%)	2 (8%)
СДФ	22	3 (14%)	4 (18%)	10(45%)	5 (23%)
СДФ+М	23	5 (22%)	7 (30%)	9 (39%)	2 (9%)

Анализируя полученные данные можно сделать вывод о том, что субъективное состояние больных на фоне проведения магнитотерапии совместно с лучевой терапией улучшается по отношению к контрольной группе. Это подтверждается увеличением количества пациентов (практически в 2 раза), у которых зарегистрирован полный ответ по окончании ТГТ, а также снижением количества больных, которые не смогли закончить лечение в связи с ухудшением состояния на фоне лучевого лечения. Теперь давайте сопоставим данные субъективного состояния больных с объективными данными и установим, если между ними параллель.

Объективный эффект определялся по классификации ВОЗ с использованием 4 градаций эффекта при солидных опухолях: полная регрессия, частичная регрессия, стабилизация (без изменений), прогрессирование. Для оценки динамики размеров опухоли в пищеводе применялся рентгенологический метод с контрастированием пищевода бариевой взвесью и эндоскопический, которые проводились до начала лечения, после I этапа лучевой терапии и после окончания лучевой терапии, через 1 месяц.

Что же мы видим на приведенной диаграмме? Полная регрессия опухоли наблюдалась только у больных, которым проводилась магнитотерапия, при проведении изолированно лучевой терапии результаты лечения преимущественно заключались в стабилизации

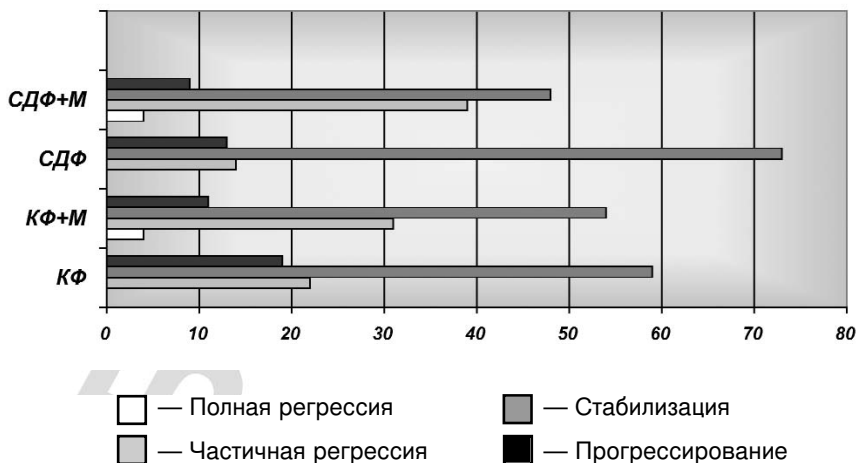


Рис. II.3.5.2. Результаты лучевой терапии у пациентов с распространенным раком пищевода (на дозе 40 Гр).

ции процесса и небольшим количеством (10–22% от общего числа) частичных регрессий. Из этого можно сделать вывод о том, что помимо противоболевого эффекта вихревое магнитное поле обладает определенной противоопухолевой активностью.

Нами тщательно изучалась частота и степень выраженности ранних лучевых реакций. Мы рассматривали местные реакции на облучение, которые проявлялись в виде эзофагитов различной степени выраженности, реакции системы крови и общие лучевые реакции. Была использована классификация лучевых реакций и повреждений, предложенная М.С. Бардычевым, А.Ф. Цыбом (1985) для лучевых эзофагитов с выделением 4 степеней:

- I степень — слабая дисфагия, необходимость в анальгетиках;
- II степень — боль при глотании, необходимость в применении наркотиков;
- III степень — выраженная дисфагия, уменьшение массы тела более 15%. Требуется зондовое или парентеральное питание;
- IV степень — полная непроходимость, изъязвление, перфорация, свищ.

Полученные данные мы отразили в диаграмме (рис. II.3.5.3).

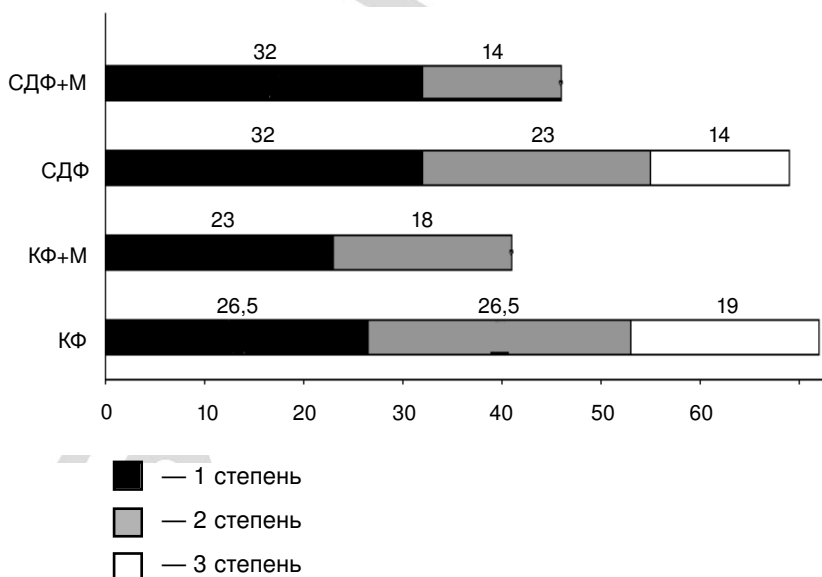


Рис. II.3.5.3. Частота развития лучевых реакций у пациентов распространенным раком пищевода по окончании лучевой терапии.

Очевидно, что количество лучевых реакций в различных группах остается относительно одинаковым и варьирует от 32 до 53% от общего числа пациентов. Однако, обращает на себя внимание, различие в структуре лучевых реакций. Реакции системы крови оценивались по степени угнетения гранулоцитарного роста, как самого чувствительного к облучению.

Нами была использована шкала гематологической токсичности (критерии CTC-NCIC) (Clinical Trial Centre National Cancer Institute Canada).

Динамика болевого синдрома у пациентов с распространенным раком пищевода в различных группах до и по окончании лучевой терапии представлена в таблице II.3.5.4.

Таблица II.3.5.4

**Динамика болевого синдрома у пациентов с
распространенным раком пищевода в различных
группах до и по окончании лучевой терапии**

Метод лечения	Абсол. число больных	До лечения				После лечения			
		0	1	2	3	0	1	2	3
КФ	32	13 (40%)	7 (22%)	8 (25%)	4 (13%)	8 (25%)	9 (28%)	12 (38%)	3 (9%)
КФ+М	26	8 (31%)	1 (4%)	12 (46%)	5 (19%)	6 (23%)	10 (38%)	7 (27%)	3 (12%)
СДФ	22	2 (9%)	14 (64%)	6 (27%)	0	2 (9%)	3 (14%)	15 (68%)	2 (9%)
СДФ+М	23	10 (44%)	6 (26%)	5 (22%)	2 (8%)	10 (44%)	4 (17%)	9 (39%)	0

Как видно из представленной таблицы, у пациентов, получавших лучевую терапию без магнитотерапии, степень выраженности боли во время лечения постепенно нарастала либо оставалась прежней. Так, в первой группе количество пациентов с сильной болью к концу лечения возросло на 13%, а количество пациентов без боли уменьшилось на 12%. Аналогичная ситуация наблюдается в группе больных, получавших ТГТ в режиме динами-

ческого фракционирования, к концу лечения на 41% возросло количество пациентов с умеренной болью, и у 2 пациентов появилась сильно выраженная боль.

Напротив, у больных, которые получали лечение на фоне магнитотерапии, болевой синдром постепенно уменьшался по интенсивности либо оставался на прежнем уровне на фоне проводимой лучевой терапии. У 4 пациентов с сильной болью, требующих приема анальгетиков, боль к концу лечения практически исчезла и позволила им отказаться от приема лекарств.

У всех больных оценивалась степень резорбции опухоли на дозе 40 Гр, степень выраженности местных и общих лучевых реакций. Мы провели сравнительный анализ в двух группах и сделали следующие выводы. Использование магнитотерапии позволило всем больным провести курс ТГТ (в контрольной группе 10% больных не закончили курс ТГТ). По сравнению с контрольной группой увеличилась частота полной резорбции опухоли на 5%, частичной резорбции — на 20%; снизилось количество общих лучевых реакций на 37%, местных реакций на 9%. Представленные данные позволяют считать, что магнитотерапия является эффективным фактором, влияющим на переносимость и результаты лучевого лечения больных раком пищевода.

Использование вихревых магнитных полей в процессе проведения паллиативной лучевой терапии распространенного рака желудка

Рак желудка — одна из наиболее актуальных проблем современной онкологии. Примерно у 50-70% больных раком желудка диагностируют опухоль в запущенной стадии при первичном ее обнаружении. В настоящее время эффективным лечением, позволяющим улучшить качество жизни больных распространенным раком желудка, является паллиативная лучевая терапия, что позволяет уменьшить дальнейшую диссеминацию опухолевых клеток, приводит к уменьшению и стабилизации местных проявлений заболевания.

В лучевой терапии рака желудка имеются определенные сложности, связанные с топографо-анатомическими особенностями органа и с тем, что основной гистологический тип опухоли данной локализации — аденокарцинома, традиционно считается радиорезистентной. Кроме того, облучение желудка и зон регионарного метастазирования с использованием крупных полей облучения способствует попаданию в зону лучевого воздействия других органов (кишечник, поджелудочная железа, печень, почки и др.), а также развитию общих лучевых реакций. Поэтому, одной

из проблем повышения эффективности лучевой терапии рака желудка, является возможность расширения терапевтического интервала за счет радиомодифицирующего эффекта вихревого магнитного поля и уменьшения частоты и выраженности лучевых реакций.

В нашей клинике за период с 2000 по 2002 год паллиативная лучевая терапия распространенного рака желудка была проведена 62 пациентам в возрасте от 30 до 83 лет.

Под термином распространенного рака желудка понималась такая распространенность процесса, при которой было невозможно радикальное хирургическое лечение. В исследование включались больные, не получившие радикального хирургического лечения из-за наличия неудалимой первичной опухоли или регионарных метастазов, наличия отдаленных метастазов в органы брюшной полости, отказавшиеся от операции, и больные, которым хирургическое лечение не выполнено из-за тяжести сопутствующей патологии. В зависимости от методики проведенного лечения, больные были распределены по следующим группам.

В первой группе (30 пациентов) проведена паллиативная лучевая терапия по схеме динамического фракционирования (СДФ): в первые три дня РОД = 4 Гр до СОД = 12 Гр, затем РОД = 1 Гр, два раза в сутки, с интервалом 4-5 часов до СОД = 34-56 Гр (40-60 изоГр).

Во второй группе (32 пациента) проведена паллиативная лучевая терапия по СДФ на фоне общей магнитотерапии за 15-25 мин до облучения на магнитотерапевтическом низкочастотном автоматизированном аппарате «АЛМА».

Облучение проводилось на гамма-терапевтических установках «АГАТ-РМ», «ЛУЧ-1».

Курс магнитотерапии начинался одновременно с курсом лучевой терапии и продолжался в дальнейшем согласно одному из разработанных вариантов работы аппарата в режиме радиомодификации со следующими параметрами магнитного поля:

частота вращения поля — 116 Гц

индукция поля — 2,0 мТл

форма импульса — кусочно-постоянная

длительность цикла изменения индукции — 60 секунд

длительность сеанса — 20 минут

количество сеансов — 15

По данным Wanebo et al., (1993) одним из ведущих симптомов прогрессивного рака желудка является боль в животе (51,6% больных). При проведении нашего исследования боли в эпигастраль-

ной области встречались у 58,1% пациентов. Выраженность болевого синдрома имела различный характер. В связи с этим мы оценивали болевой синдром по его выраженности:

- слабая боль, не требующая приема анальгетиков;
- умеренная боль, требующая приема ненаркотических анальгетиков;
- выраженная боль, требующая приема наркотических анальгетиков.

Эффективность лечения оценивалась на основании уменьшения болевого синдрома, поэтому были приняты следующие критерии оценки эффективности проводимого лечения:

- 1) отсутствие эффекта;
- 2) умеренное уменьшение боли;
- 3) значительное уменьшение боли и снижение потребности в анальгетиках;
- 4) полное исчезновение боли и отказ от приема анальгетиков.

Динамика болевого синдрома в зависимости от схемы проведения паллиативной лучевой терапии у больных распространенным раком желудка представлена в таблице II.3.5.5.

Таблица II.3.5.5

**Динамика болевого синдрома в зависимости от
схемы паллиативной лучевой терапии у больных
распространенным раком желудка**

Метод лечения	Число больных с дан- ным синдро- мом	Выраженно- сть болево- го синдрома		Число больных с положи- тельным эффектом			Число больных, проле- ченных без эффекта
		Сла- бая боль	Уме- ренная боль	Умень- шение боли	Значит. уменьш. боли	Полное исчезн. боли	
СДФ	16	11	5	3	3	—	10
СДФ+МТ	20	9	11	3	7	2	8
Общее число больных	36 (58,1%)	20 (55,6%)	16 (44,4%)	6 (16,7%)	10 (27,8%)	2 (5,6%)	18 (50,0%)

По окончании курса паллиативного лечения проявления болевого синдрома уменьшились у 12 чел в группе с применением общей магнитотерапии и у 6 чел в группе лучевой терапии по схеме СДФ. Отсутствие динамики боли наблюдалось у 18 пациентов, из них у 8 пациентов в группе с применением вихревых магнитных полей и у 10 пациентов контрольной группы. Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии на уменьшении болевого синдрома вихревых магнитных полей на фоне лучевой терапии в режиме СДФ.

Объективный эффект от проведенного лечения оценивался после проведения рентгенологического обследования по окончании курса лучевой терапии. При этом не отмечено существенного уменьшения размеров опухолевого поражения (рис. II.3.5.4).

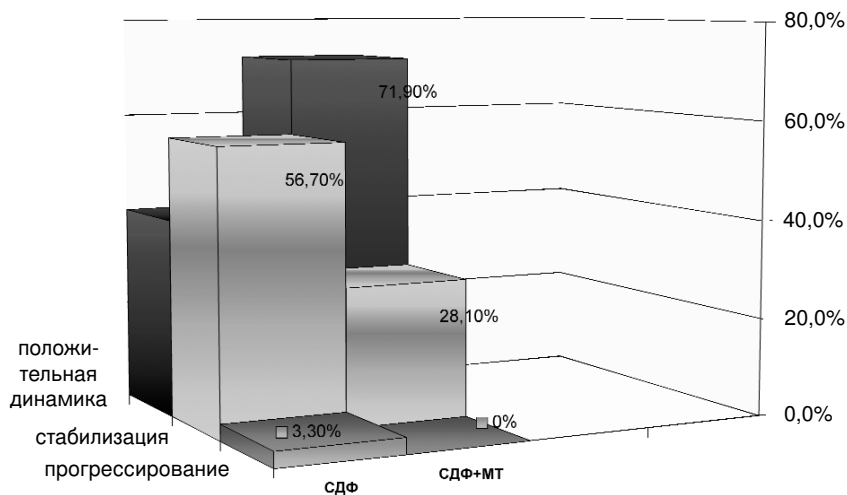


Рис. II.3.5.4.

Улучшение от проведенного лечения получено у 23 пациентов (71,9%) в группе с использованием магнитотерапии и у 12 пациентов (40,0%) из контрольной группы. Стабилизация опухолевого процесса достигнута у 9 (28,1%) больных исследуемой группы и у 19 больных (56,7%) контрольной группы, прогрессирование процесса отмечено у 1 пациента контрольной группы. Таким образом, вихревые магнитные поля обладают радиопротекторным действием.

Особое значение в нашем исследовании придавалось развитию лучевых реакций в процессе проведения паллиативной лучевой терапии в связи с большим объемом облучаемых тканей. Лучевые реакции, такие как токсические эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта и показателей крови, в процессе лучевой терапии не превышали 1-2 степени токсичности (таблица II.3.5.6).

Таблица II.3.5.6

**Частота лучевых реакций при проведении паллиативной
лучевой терапии распространенного рака желудка**

Токсические эффекты		Методика лечения	
		СДФ	СДФ+МТ
Желудочно-кишечные	0 степень	12 (40,0%)	19 (59,4%)
	1 степень (тошнота, однократно рвота)	15 (50,0%)	12 (37,5%)
	2 степень (рвота 2-5 раз в сутки)	3 (10%)	1 (3,1%)
Гематологические	0 степень	22 (73,3%)	27 (84,4%)
	1 степень (3,9-3,0x10 ⁹)	8 (26,7%)	5 (15,6%)
Общее число больных		30	32

Наибольший процент (60%) развития лучевых реакций со стороны желудочно-кишечного тракта отмечен в группе, в которой проводилась лучевая терапия по СДФ. Токсические реакции в группе с применением магнитотерапии имели место у 40,6% пациентов. Реакции со стороны показателей крови в контрольной группе у 26,7% пациентов против 15,6% в исследуемой группе. Вышеуказанные данные свидетельствуют об уменьшении процента лучевых реакций при использовании вихревых магнитных полей.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что использование вихревых магнитных полей на фоне лучевой терапии по СДФ способствует уменьшению болевого синдрома. Вихревые магнитные поля обладают радиомодифицирующим действием при паллиативной лучевой терапии распространенного рака желудка и снижают частоту возникновения лучевых реакций.



II.4. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

II.4.1. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Опухоли головы и шеи

Разнообразие опухолевой патологии, сосредоточенной в онкологических отделениях опухолей головы и шеи, порождает столь же богатое многообразие проблем у больных, не подлежащих радикальному лечению. Особенностью этих больных является также то, что наличие опухоли на лице, голове или в области шеи, как правило, чрезвычайно усугубляет ситуацию, делает невозможным пребывание больного в обществе. Именно при этих локализациях особенно часто выполняются паллиативные операции, избавляющие больного от основного массива распадающейся и кровоточащей опухоли.

У больных, не подлежащих радикальному лечению, можно различать три варианта ситуаций, требующих симптоматического лечения.

1. Опухоли, исходно располагающиеся на открытых участках лица и шеи. (Губа, кожные покровы головы и шеи).
2. Опухоли, полости рта, глотки, гортани, которые при некурабельных состояниях, вызывают нарушение дыхания и питания (прохождения пищи). Проблемы первого рода присоединяются по мере прогрессирования процесса, если имеются вскрывшиеся метастазы.
3. Опухоли, как правило, длительно неизъязвляющиеся, локализующиеся в области щитовидной железы и в мягких

тканях шеи. Они вызывают чаще неврологические нарушения из-за повреждения черепно-мозговых нервов в около-глочных областях и на шее, а также и в результате сдавления внутренней сонной артерии. По мере прогрессирования этих опухолей присоединяются проявления второго и первого рода.

Кроме того, достаточно часто, особенно при раке щитовидной железы и других внеорганных опухолях, могут возникнуть метастазы в легкие, кости и другие органы, требующие соответствующего симптоматического лечения.

У больных первой группы основное внимание уделяется местному лечению: промывание ран, обработка дезинфицирующими растворами и мазями, применение дезодорирующих средств. При обработке раны даже механический фактор удаления некротизированных тканей, раневого отделяемого имеет существенное значение. Для профилактики анаэробной инфекции следует обработку ран проводить раствором перекиси водорода. Для санации поверхностных ран целесообразно использовать 1% водный раствор борной кислоты, являющийся антисептиком широкого спектра действия и 3% раствор перекиси водорода. В качестве дезодорирующего средства обычно применяется раствор марганцевокислого калия. Как видим, некурабельные больные местно лечат не дорогостоящими препаратами. Хотя лечение и уход требуют значительных усилий и терпения со стороны обслуживающего персонала.

Особого внимания заслуживают больные, имеющие осложнение после проведения лучевого лечения. Явления эпителиита, как правило, требуют более настойчивого местного лечения и контроля анализа крови. В нашей практике для этих целей применяются белок свежего цельного куриного яйца, полоскания 0,8% раствором метилурацила, аппликации витамина В₁₂.

От применения анестезина на масле у больных с изъязвленной опухолью полости рта следует отказаться из-за сильно выраженного раздражения в полости рта, вызываемого этим лекарством. Имеют положительное действие аппликации облепихового масла и масла шиповника, в разведении 1:4. Поверхностные эрозии в полости рта хорошо эпителизируются под действием терапевтического лазера и полосканий с 0,01% раствором метиленового синего (слабо голубой раствор).

Симптоматическое лечение больных с местно распространенными опухолями слизистой оболочки полости рта и в случаях осуществления радикального лечения нуждаются в проведении неспецифического симптоматического лечения на всех этапах

проведения специального лечения. Радикальное лечение больных с местно распространенными опухолями полости рта приводит к значительным функциональным и косметическим нарушениям за счет выполнения расширенных хирургических вмешательств. В данной связи улучшение качества жизни больных после радикального лечения является первоочередной задачей онкологов на современном этапе. Ведущая роль в решении этой задачи принадлежит оптимизации варианта комплексного лечения. В самой операции технически должны быть заложены предпосылки для последующей социальной реабилитации больного — стараться максимально сохранять функции жевания, глотания, речи. Большое значение принадлежит оригинальной методике восстановления указанных функций путем упражнений, разработанных логопедической группой за счет оставшегося мышечного массива, поврежденной области. Следует отметить, что подлежащие радикальному лечению внеорганные опухоли шеи часто растут медленно. В связи с чем указанная методика восстановительного лечения применяется нами как у больных после операции, так и у больных с некурабельными, медленно развивающимися опухолями.

Больные второй группы, оперированные и неоперированные, при наличии неудалимой опухоли, помимо местного ухода за изъязвленной опухолью в полости рта или глотке, нуждаются в слежении за адекватностью дыхания и питания. При наличии распадающейся опухоли в полости рта, глотки, гортани, шейного отдела пищевода длительно питание жидкой пищей по возможности осуществляется через носопищеводный зонд. Нарушение разграничительной функции гортани, образование пищеводно-трахеальных свищей из-за неподвижности гортани, разрушения какого-либо отдела надгортанника и черпаловидных хрящей, влекущее за собой попадание слюны и пищи в дыхательное горло, скорее всего, требуют симптоматического оперативного вмешательства: наложения гастростомы, трахеостомы, с введением трахеотомической трубки с обтурирующей манжетой. В тех случаях, когда радикальное оперативное лечение не предвидится, желательно производить плановую трахеостому, по-возможности не через опухоль. Как видим, эти больные нуждаются в наблюдении специалистов, владеющих непрямой ларингоскопией и, на определенном этапе в стационарном лечении.

Больные третьей группы (и оперированные и неоперированные) чаще страдают от неврологических нарушений, связанных с вовлечением в процесс нервов каудальной группы (IX–XI пары черепно-мозговых нервов) и пограничного симпатического шейного ствола. Эти симптомы обычно сопровождают внеорганные опу-

холи шеи, доброкачественные и злокачественные. Пациенты с саркомами и хемодектомами шеи составляют самый тяжелый контингент больных в отделениях головы и шеи. В зависимости от количества вовлеченных нервов, так называемый «каудальный» паралич бывает неполным или полным. Последний чрезвычайно тяжело переносится больными.

Как при первичных распространенных опухолевых процессах, так и при некурабельных рецидивах могут иметь место синдромы, требующие срочного медикаментозного или хирургического лечения:

1. Динамические или стойкие нарушения мозгового кровообращения. Лечение этих нарушений проводится по общепринятым схемам в неврологических отделениях.
2. Парезы и параличи IX-XII черепно-мозговых нервов, что типично для распространения опухоли под основание черепа, также могут быть следствием операционной травмы. Лечение этого вида нарушений состоит прежде всего в активизации сохранивших иннервацию групп мышц и частичной компенсации возникших функциональных нарушений.

Окологлоточное распространение опухоли и заинтересованность блуждающего нерва требуют особой настороженности в плане возможного нарушения дыхания. Нельзя исключить рефлекторные механизмы нарушений деятельности дыхательного центра после операций на шее. Около 1/3 больных в наших наблюдениях были наложены трахеостомы в ближайшем послеоперационном периоде.

Воспалительные заболевания глотки могут сопутствовать изъязвленным неорганным опухолям шеи и требуют местного лечения. Кроме того, для больных с пересеченным блуждающим нервом характерны трахеиты, бронхиты и пневмонии, что связано с нарушением дренажной функции бронхо-легочного дерева. Эта патология требует обучения больного приемам позиционного и активного (дыхательные упражнения) дренажа. При показаниях проводится специфическая противовоспалительная терапия: антибиотики, отхаркивающие средства и др.

Рак молочной железы

По данным 1998 года в России рак молочной железы в структуре онкологической заболеваемости среди женщин занимает 1 место, составляя 18,3%. Из них больные с IV стадией заболевания составляют 12,9%. При первой, второй и третьей стадиях рака мо-

лочной железы производятся радикальные оперативные вмешательства по одной из стандартных методик. При четвертой стадии во всех случаях целесообразно произвести мастэктомию по одной из методик (от простой мастэктомии до радикальной), что избавит больную в будущем от всех неприятностей, сопутствующих распадающейся опухоли, уменьшит интоксикацию и позволит более эффективно проводить другие виды лечения. Однако, при местнораспространенном раке молочной железы онкологи сталкиваются с большими, на первый взгляд, непреодолимыми препятствиями, особенно если это распадающаяся опухоль с изъязвлением, сопровождающимся кровотечениями и очень часто труднопереносимым зловонием. Таким больным противопоказано химиолучевое лечение, удаление молочной железы трудновыполнимо, поскольку на месте удаленной железы остается большая раневая поверхность, закрыть которую за счет местных тканей не представляется возможным; и встает вопрос о кожной пластике. В большинстве случаев этим больным отказывают в каком-либо лечении.

В нашей клинике в подобных случаях используется методика одномоментного закрытия раневой поверхности перемещенным лоскутом кожи на ножке, взятым с задне-боковой поверхности грудной клетки: после удаления молочной железы, начиная от нижненаружного края послеоперационной раны, дугообразным разрезом на задне-боковой поверхности грудной стенки выкраивается полнослойный лоскут кожи в виде языка размерами, необходимыми для закрытия раны. Основание лоскута (ножка) должно быть достаточно широким, чтобы обеспечить нормальное питание его. Затем этот лоскут перемещается на послеоперационную рану и фиксируется к ее краям узловыми швами, а дефект кожи на месте взятия лоскута также ушивается узловыми швами.

Эта операция была выполнена нами у 12 пациенток. У 10 из них, которые были достаточно упитаны и имели избыток кожи, послеоперационный период протекал гладко, и раны зажили первичным натяжением, что позволило очень быстро начать проведение химио-лучевого лечения. У 2-х молодых женщин пониженного питания, у которых избытка кожи не было, имел место краевой некроз перемещенного лоскута кожи, что отсрочило проведение им химиолучевого лечения.

Таким образом, несмотря на паллиативный характер предлагаемых операций, выполнение их оправдано, т.к. они улучшают качество жизни больных с запущенными формами рака молочной железы, избавляя их от кровотечений и зловония, а также создает условия для проведения им химио-лучевого лечения.

Рак легкого

Паллиативные резекции легких

Показанием к паллиативной резекции легкого (лобэктомия, билобэктомия, пульмонэктомия, атипичные резекции легкого) являются осложнения со стороны первичной опухоли, угрожающие жизни больного: кровотечение из опухоли, обструктивная абсцедирующая пневмония. Таким образом, паллиативная резекция направлена на улучшение качества и увеличение сроков жизни больного.

Решение о выполнении паллиативной резекции легких может быть принято после всестороннего обследования, позволяющего оценить общее состояние больного, функцию жизненно важных органов, техническую возможность выполнения операции (резектабельность).

Эндоскопическая лазерная деструкция опухоли

При преимущественно экзофитном типе роста опухоли в бронхе хороший паллиативный эффект в результате восстановления дренажной и вентиляционной функции бронхов может быть достигнут при применении лазерного излучения в режиме испарения опухоли. Реканализация просвета бронха значительно повышает эффективность антибактериальной терапии у больных с обструктивной пневмонией.

Применяется также метод фотодинамического воздействия на опухоль. С целью фотосенсибилизации применяются дериваты гематопорфирина; препарат вводят внутривенно за 2-3 дня до сеанса фотодинамической терапии (концентрация дериватов гематопорфирина в опухоли в 10 раз выше, чем в окружающих тканях). Затем при бронхоскопии опухоль облучают расфокусированным пучком света аргонного лазера, конец световода подводят непосредственно к опухоли до соприкосновения. Длительность сеанса от 10 до 40 минут. В результате из деривата гематопорфирина образуются токсические вещества, разрушающие опухолевые клетки. Интервал между сеансами облучения в среднем составляет 4-5 дней. После введения дериватов гематопорфирина больной должен избегать прямых солнечных лучей в течение 1 месяца. В последние годы появились препараты со значительно более короткими сроками накопления в опухоли и элиминации.

Просвет бронха восстанавливается на длительный срок (до 6 месяцев). При нарастании обструкции сеансы реканализации с

целью удаления внутрибронхиального экзофитного компонента опухоли могут быть повторены.

Рак пищевода и рак желудка с распространением на пищевод

Выраженная прогрессирующая дисфагия при раке пищевода и желудка является наиболее тягостным для больного симптомом, приводящим к истощению и смерти. В тех случаях, когда по каким-либо причинам невозможно выполнить радикальную операцию, для обеспечения питания больного применяют различные паллиативные операции.

Паллиативные резекции пищевода и желудка с одномоментным формированием пищеводно-желудочных или пищеводно-тонкокишечных соустьев

Паллиативные резекции могут быть выполнены у достаточно соматически сохраненных больных, у которых во время операции выявляются отдаленные метастазы, недиагностированные на дооперационном этапе. Эти вмешательства должны выполняться в тех специализированных медицинских учреждениях, где в полном объеме проводится хирургическое лечение больных раком пищевода и верхней трети желудка. Данный вид хирургических вмешательств обеспечивает достаточно высокое качество жизни и, кроме того, исключает развитие осложнений со стороны первичной опухоли.

Обходные анастомозы

Обходные пищеводно-желудочный и пищеводно-кишечный анастомозы также довольно часто применяются у больных, у которых опухоль оказывается неудалимой. Цель применения обходных анастомозов заключается в создании пути для прохождения пищи в обход пораженного опухолью участка пищевода. Эти операции не исключают возможность развития осложнений со стороны первичной опухоли (пенетрация, перфорация, распад опухоли, кровотечение из опухоли), однако позволяют принимать пищу обычным путем.

Для восстановления пассажа пищи предложены разные модификации хирургических вмешательств.

Обходные пищеводно-желудочные и пищеводно-кишечные анастомозы при нерезектабельном раке пищевода и кардии могут быть сформированы по типу «бок в бок», при этом соустье формируется между пищеводом выше опухоли и желудком без пересече-

ния пищевода. При формировании соустья по типу «конец в бок» пищевод пересекают выше опухоли, ушивают наглухо дистальный отдел пищевода и формируют анастомоз между пищеводом и желудком в левой или правой половине грудной полости.

Эзофагопластика тонкой или толстой толстой кишкой в качестве паллиативной операции применяется крайне редко.

Паллиативная операция отключения опухоли пищевода, разработанная Ю.Е. Березовым (1961), выполняется крайне редко. Операция заключается в пересечении пищевода выше и ниже опухоли, удалении слизистой оболочки из просвета пищеводного сегмента с опухолью и последующей подкожной эзофагопластики желудком. Благодаря обходному анастомозу больной получает возможность принимать пищу через рот.

Эти операции сопровождаются довольно высокой летальностью, поэтому обычно их применяют в случаях, когда опухоль оказывается неудалимой.

Интубация опухоли

Многие хирурги при неоперабельном раке пищевода и кардии с целью восстановления пассажа пищи по пищеводу применяют интубацию опухоли пищевода (проведение трубки через опухоль). Эту операция позволяет избавить больного от гастростомы и от необходимости питаться через резиновую или силиконовую трубку.

Техника интубации зависит от момента определения нерезектабельности опухоли. Если невозможность удаления опухоли установлена во время торакотомии, в пищевод вводят буж, положение и прохождение которого через опухолевый канал контролируются хирургом в ране. По бужу в пищевод проводят пластмассовую трубку, которую располагают на уровне опухоли.

При торакотомии пищевод может быть рассечен на 3-4 см выше опухоли. Через отверстие производят бужирование опухоли и в образовавшийся канал вводят пластмассовую трубку. Отверстие в стенке пищевода ушивают.

В неоперабельных случаях интубацию выполняют под контролем эзофагоскопа. Для этого под наркозом с миорелаксантами через опухоль проводят пищеводный буж. Затем с помощью специального проводника устанавливают пластмассовую трубку, после чего извлекают буж.

При низко расположенных опухолях, когда интубация с помощью эзофагоскопа затруднена, после лапаротомии и гастротомии ретроградно через желудок и пищевод в полость рта проводят

буж, к которому нитью фиксируют второй буж с закрепленной на конце трубкой для интубации. При извлечении зондов через гастротомическое отверстие, устанавливают трубку на уровне опухоли. При этом верхний расширенный край трубки располагается над опухолью. Отверстие в желудке ушивают.

При интубации пищевода существует опасность перфорации или разрыва инфильтрированной опухолью стенки пищевода, а также возможность соскальзывания трубки в желудок.

Реканализация пищевода — восстановление просвета пищевода на уровне сужения его опухолью.

Создание волоконных световодов в сочетании их с современными эндоскопами позволило с 1973 года успешно использовать лазер в лечении больных с опухолевыми стенозами пищеварительного тракта. При выполнении эндоскопических операций наибольшее распространение получил лазер на аллюмо-иттриевом гранате с неодимом (АИГ-неодимовый лазер). Противопоказанием к лазерной эндоскопической реканализации является наличие распада опухоли, угрожающего перфорацией, а также крайне тяжелое состояние больного, обусловленное прогрессированием опухолевого процесса. Фотокоагуляция, фотодеструкция и выпаривание опухоли осуществляется послойно от центра к периферии по спиралевидной траектории. За 1 сеанс формируют канал протяженностью до 2 см и шириной, достаточной для свободного проведения эндоскопа. Параллельное направление луча вдоль стенки органа позволяет исключить ее перфорацию. Лазерная эндоскопическая реканализация успешно применяется при протяженности опухолевого стеноза от 2 до 9 см. Интервал между сеансами может составлять от 2 до 5 суток. Для завершения реканализации необходимо, как правило, 3–6 сеансов. Эндоскопическая лазерная реканализация создает условия для нормального питания больного в течение достаточно продолжительного времени и может проводиться повторно при рецидиве опухолевого стеноза.

Наряду с лазерной эндоскопической реканализацией в практику эндоскопических методов лечения больных со злокачественными опухолями внедряется метод фотодинамического воздействия на опухоль. Фотосенсибилизация опухоли достигается введением дериватов гематопорфирина за 2–3 дня до воздействия на опухоль (концентрация дериватов гематопорфирина в опухоли в 10 раз выше, чем в окружающих тканях). Затем при эзофагоскопии к опухоли подводят расфокусированный пучок света аргонного лазера, конец световода контактирует с опухолью. Длительность сеанса от 10 до 40 минут. В результате из деривата гематопорфирина образуются токсические вещества, разрушающие опухолевые

клетки. Интервал между сеансами облучения в среднем составляет 4-5 дней. После введения дериватов гематопорфирина больной должен избегать прямых солнечных лучей в течение 1 месяца.

Гастростомия

До разработки радикальных хирургических вмешательств при раке пищевода основной операцией, позволяющей больному не погибнуть от голода, была гастростомия. Гастростомия и сегодня остается основной операцией, которая выполняется больным раком пищевода с выраженной дисфагией. Несмотря на значительные неудобства, связанные с доставкой пищи в желудок через отверстие в его стенке, эта операция позволяет больному принимать пищу и исключает травму опухоли.

Предложено большое количество модификаций этой операции. Наилучшей является модификация, которая при выполнении хирургом сопровождается хорошими функциональными результатами и препятствует истечению желудочного содержимого. Канал желудочного свища на всем протяжении может быть выстлан слизистой оболочкой, он может быть выстлан серозной оболочкой и грануляционной тканью. Канал свища может быть образован из изолированного отрезка кишки, вшитой между желудком и кожей живота, или его формируют из стебельчатого лоскута стенки желудка. Чаще всего применяются наиболее простые и безопасные методики операций. К ним относятся гастростомия по Кадеру, Витцелю, Топроверу и Сапожкову.

Еюностомия по Майдлю

Показанием к операции является невозможность технического выполнения гастростомии в связи с вовлечением желудка в опухолевый процесс при наличии дисфагии. Петля тонкой кишки пересекается на расстоянии 30-40 см от связки Трейца, дистальный отрезок оформляется в виде еюностомы в проекции левой реберной дуги, в брюшной полости формируется межкишечный еюноанастомоз по типу «конеч в бок» или «бок в бок».

Рак желудка

Среди паллиативных операций при раке желудка можно выделить операции при неоперабельной опухоли и циторедуктивные операции.

К первым можно отнести формирование обходных анастомозов при раке антрального отдела со стенозом. Восстановление пас-

сажа пищи при этом избавляет больного от голодной смерти. Обычно при этом формируется впередиободочный гастроэнтероанастомоз на длинной петле с брауновским соустьем. Хотя многие хирурги считают более функциональным анастомоз с задней стенкой желудка, хотя он и менее удобен в исполнении. В любом случае вопрос о выборе желудочнокишечного анастомоза нужно решать во время операции.

Иногда при раке желудка приходится формировать гастродуоденостому. Обычно показанием к этому является стенозирующий кардиоэзофагеальный рак. При тотальном раке желудка показания к формированию стомы ограничены. Опыт показывает, что у таких больных формирование стомы существенно не продлевает жизнь и не облегчает состояние больного.

К циторедуктивным операциям можно отнести паллиативные резекции и гастрэктомии при наличии отдаленных метастазов. К подобным операциям нужно подходить трезво и учитывать во-первых размеры опухоли и метастазов. Естественно выполнять их следует при наличии осложнений (кровотечение, перфорация, стеноз). При единичных метастазах циторедуктивные операции имеют смысл. Если же масса остающихся метастазов приближается или превышает массу уносимой опухоли, то подобные операции могут только ухудшить состояние больного.

Во вторых, при выборе показаний к этим операциям следует учитывать опыт оперирующих хирургов и непосредственные результаты. Так в больнице МПС им.Семашко (Москва) за последние 5 лет не отмечено случаев несостоятельности швов гастроэнтеро- и эзофагоэнтероанастомозов. Количество послеоперационных осложнений и летальность — минимальные. Естественно, что в таком случае выполнять подобные операции имеет смысл. Следует учитывать также то, что рак желудка резистентен к химиотерапии. Опыт показывает, что циторедуктивные операции не увеличивают продолжительность жизни, но улучшают ее качество. Все эти факторы следует учитывать при определении показаний к паллиативным операциям.

Рак печени и поджелудочной железы

Как известно, выявление рака гепатобилиопанкреатодуоденальной области в дожелтушной стадии происходит крайне редко. Синдрома механической желтухи при раке этой локализации не является ранним признаком болезни. Поэтому в лечебные учреждения пациенты с опухолями гепатобилиопанкреатодуоденальной попадают, как правило, поздно, на стадии значительного местно-

го или общего распространения опухолевого процесса. В отличие от других локализаций рака, опухоли гепатобилиопанкреатодуоденальной области имеют ряд особенностей, обусловленных тесными анатомическими и функциональными связями с гепато-билиарной системой, что довольно быстро приводит к развитию функциональных и морфологических нарушений в деятельности жизненно важных органов. Это обстоятельство требует незамедлительной хирургической коррекции возникших осложнений.

Рак прямой и ободочной кишки

Распространенность опухолевого процесса у 25-30% лиц с впервые установленным диагнозом рака толстой кишки является причиной отказа от выполнения радикальных оперативных вмешательств (Дедков И.П. с соавт., 1978; Березкин Д.П. с соавт., 1984). Большинство врачей общей лечебной сети считают, что объем хирургической помощи таким больным должен быть минимальным.

В настоящее время в специализированных онкологических отделениях используют широкий спектр хирургических пособий данной категории больных в зависимости от локализации первичной опухоли и ее распространенности, наличия или отсутствия отдаленных метастазов. Далее речь идет об объеме оперирования у больных раком толстой кишки IV стадии.

При расположении первичной опухоли в слепой и восходящем отделе ободочной кишки при невозможности удаления первичной опухоли используется наложение обходного анастомоза (илео-трансверзо- или илео-сигмо-), формирование цекстомы не выполняется, так как данный вид стомы не позволяет адекватно разгрузить нижележащие отделы ободочной кишки. Если опухоль резектабельна то, несмотря на наличие отдаленных метастазов, производится паллиативная правосторонняя гемиколэктомия с наложением первичного анастомоза.

При невозможности удаления первичной опухоли, расположенной в поперечной ободочной кишке, формируют обходной илеосигмоанастомоз. В случае если первичная опухоль удалима даже при наличии отдаленных метастазов производят резекцию поперечной ободочной кишки. Завершают операцию наложением первичного анастомоза или двустольной колостомы.

Тактика при расположении первичного очага в левой половине ободочной кишки заключается в следующем: удалима опухоль нисходящего отдела ободочной кишки или сигмовидной кишки при наличии отдаленных метастазов у достаточно сохранного па-

циента позволяет выполнить паллиативную левостороннюю гемиколэктомию или резекцию сигмовидной кишки. В зависимости от тяжести состояния больного и степени подготовленности кишечника операцию завершают формированием первичного анастомоза или двустольной колостомы. При местно-распространенном процессе, как правило накладывается трансверзостома.

В зависимости от отдела прямой кишки пораженного опухолью могут быть выполнены следующие хирургические вмешательства: передняя резекция прямой кишки или операция Гартмана, если опухоль занимает верхнеампулярный отдел; брюшно-анальная резекция прямой кишки или низкая передняя резекция прямой кишки при поражении среднеампулярного отдела, и брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки при опухоли нижнеампулярного отдела прямой кишки. При неудалимой опухоли прямой кишки накладывается сигмостома, в редких случаях при невозможности вывода сигмовидной кишки на переднюю брюшную стенку — трансверзостома.

Паллиативная резекция первичной опухоли избавляет больного от ряда грозных осложнений рака ободочной кишки: кишечная непроходимость, перфорация стенки кишки при распаде опухоли, интоксикация, то есть улучшает качество жизни больного и в большинстве случаев увеличивает ее продолжительность.

Рак мочевыводящих путей

При лечении больных, страдающих раком почки, мочевого пузыря или предстательной железы, достаточно часто возникает необходимость выполнения паллиативных оперативных вмешательств. Показаниями к ним служат угрожающее жизни кровотечение из опухоли, нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей и развитие почечной недостаточности, выраженная интоксикация, обусловленная распадом опухоли, острая задержка мочи, а также осложнения, обусловленные распространением опухоли на соседние структуры и метастазированием.

Несмотря на определенные успехи в консервативном лечении рака почки, связанные с применением иммунотерапии, ведущая роль при лечении этой патологии, по-прежнему, отводится хирургическому методу. Паллиативная нефрэктомия у больных с диссеминированным раком почки целесообразна в случаях угрожающего жизни кровотечения, выраженной интоксикации, болевого синдрома. Паллиативная операция показана также больным с множественными метастазами в легкие небольших размеров в расчете на эффективность последующей иммунотерапии. Имеют-

ся сообщения о выполнении больших комбинированных операций с циторедуктивной целью и последующей высокодозной иммунотерапией, что позволяло добиться длительной ремиссии у ряда больных с диссеминированным раком почки.

В случае неоперабельности опухоли, а также у пациентов с высокой степенью операционного риска возможно проведение рентгено-эндоваскулярной окклюзии почечных артерий. Эмболизацию производят кремнийорганической композицией «Эмбосил», аутогустками крови, спиралями Джантурко и пр. В результате этой манипуляции обеспечивается остановка кровотечения из распадающейся опухоли почки. Кроме того, считается, что при массивных некрозах, вызванных эмболизацией, из клеток опухоли высвобождается значительное количество гетерогенных антигенов, стимулирующих противоопухолевый иммунитет.

Важной проблемой при оказании паллиативной помощи онкоурологическим больным является остановка кровотечений из распадающейся опухоли мочевого пузыря. Источником кровотечения может быть также фрагмент опухоли предстательной железы при прорастании шейки пузыря, поздний язвенный лучевой цистит и ятрогении. С целью остановки кровотечения применяют трансуретральную электрорезекцию опухоли и электрокоагуляцию кровоточащего сосуда, лазерную деструкцию и электровапоризацию опухоли. Два последних метода позволяют осуществить более надежный гемостаз, чем электрокоагуляция. Используют также перевязку или эмболизацию внутренних подвздошных артерий, которые у ряда больных дают хороший гемостатический эффект. В некоторых случаях у иноперабельных больных приходится предпринимать остановку кровотечения на открытом мочевом пузыре и даже выполнять паллиативную цистэктомию. Методы локального воздействия проводятся на фоне системной гемостатической терапии и восполнения кровопотери.

Нередким осложнением у больных раком мочеполовой сферы является нарушение физиологического процесса выведения мочи, которое может возникнуть на любом уровне. Нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей чаще всего бывает обусловлено сдавлением мочеточников метастатическими лимфатическими узлами забрюшинного пространства, либо местным распространением опухолевой инфильтрации на интрамуральные и юкставезикальные отделы мочеточников. В этой ситуации наиболее часто применяется чрескожная пункционная нефростомия. Операция может быть произведена как у пациентов с иноперабельной опухолью с целью ликвидации почечной недостаточности и создания возможности для проведения лучевой или химиотерапии, так и с

чисто паллиативной целью у инкурабельных больных для ликвидации симптомов почечной недостаточности и улучшения качества жизни. Кроме того, чрескожная пункционная нефростомия может применяться у больных с нарушенным оттоком мочи из верхних мочевых путей в предоперационном периоде для восстановления функции почек и создания благоприятных условий для проведения анестезии и послеоперационного периода. Возможно также применение мочеточниковых стентов, а в ряде случаев для улучшения качества жизни пациентов используются подкожные нефропузырные шунты. При остром обструктивном пиелонефрите нефростомия выполняется по экстренным показаниям.

Кроме пункционной нефростомии, у неоперабельных больных с обструкцией мочеточников может быть произведено надпузырное отведение мочи в виде операции Брикера (уретероилеокутанеостомия) или уретерокутанеостомии.

Иногда при прорастании опухоли в шейку мочевого пузыря формируется синдром инфравезикальной обструкции. При наличии у больного острой задержки мочи показана катетеризация мочевого пузыря. В случае невозможности преодолеть препятствие в уретре накладывается эпицистостома. Коррекция мочеиспускания может быть также произведена с помощью паллиативной трансуретральной резекции предстательной железы или путем применения уретрального стента. Это позволяет значительно улучшить качество жизни больного, поскольку избавляет его от цистостомы. По мере нормализации мочевого выделения проявления хронической почечной недостаточности ослабевают, что позволяет иногда подкрепить паллиативную помощь методами лучевого воздействия или провести химиотерапию.

Серьезным осложнением, требующим проведения паллиативного оперативного вмешательства, является прорастание опухоли мочевого пузыря в соседние органы (влагалище, прямую кишку) с развитием межорганных свищей. Клинически это проявляется выделением кала из влагалища или поступлением мочи в кишечник, что быстро приводит к развитию восходящей уроинфекции. Для уточняющей диагностики используется введение красителя (метиленовой сини). В этой ситуации показано наложение сигмостомы для отведения каловых масс и постоянное промывание мочевого пузыря антисептическими растворами.

Частое метастазирование в кости скелета (до 30-40% случаев рака почки и предстательной железы) требует у ряда больных проведения паллиативных операций. При поражении позвоночника с угрозой развития или уже состоявшимся сдавлением спинного мозга применяется два вида оперативных вмешательств: деком-

прессивные операции (ДО) и декомпрессивно стабилизирующие операции (ДСО). Декомпрессивная ламинэктомия заключается в удалении дужек пораженного позвонка. Ее выполнение возможно на любом отделе позвоночника, однако эффект операции может быть непродолжительным. При ДСО удаляется весь пораженный позвонок, а не только дужки, и затем осуществляют стабилизацию позвоночника с помощью специальных фиксаторов или протезов тел позвонков, а также трансплантатов или специальных пластин. При одиночных метастазах в длинные трубчатые кости в ряде случаев производят удаление опухоли с последующим протезированием.

В заключение следует отметить, что при планировании паллиативного оперативного вмешательства у онкоурологического больного необходимо взвесить все «за» и «против». Хирург должен располагать максимально полной информацией о степени распространенности опухолевого процесса, наличии сопутствующей патологии (ХПН, атеросклероз, гипертоническая болезнь, ИБС, сахарный диабет и пр.) и предположительной продолжительности жизни пациента. Активная лечебная тактика не должна приводить к неоправданным операциям, утяжеляющим состояние больного.

Максимальная индивидуализация плана лечения, применение комбинированных подходов, заключающихся в различных сочетаниях методов противоопухолевого воздействия, способны обеспечить значительное улучшение качества жизни больных, а в ряде случаев привести к длительной ремиссии заболевания.

II.4.2. НЕОТЛОЖНЫЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

В России проблема диагностики и лечения рака остается весьма актуальной. По данным медицинской статистики в РФ в 1999 году было взято на учет 441438 больных злокачественными новообразованиями (заболеваемость 302,47 на 100000 населения). Резкого роста заболеваемости в последние годы не отмечается, о чем свидетельствуют следующие данные: в 1995 году заболеваемость была 279,17, в 1996 — 286,38, в 1997 — 293,07, в 1998 — 300,76. Число больных с IV стадией рака на протяжении последних

лет остается стабильным: 1995 — 25%, 1996 — 25%, 1997 — 25%, 1998 — 24,7%, 1999 — 25%. Медицинская общественность обеспокоена, что за последние годы (1995-1999гг.) отмечается рост смертности. Так, в 1995 году смертность составляла 200,07 на 100000 населения, а в 1999 году — 202,59. Нужно отметить, что смертность во многом связана с запущенным раком, осложнениями рака и терапии.

Общезвестно, что у пациентов с запущенной стадией рака чаще развиваются осложнения, которые отягощают течение болезни, приковывают больных к постели, усиливают страдания, требуют дополнительных финансовых затрат. В связи с этим можно констатировать, что проблема неотложных состояний — это одна из самых актуальных тем в проблеме паллиативной медицины, которая требует своего научного анализа и включения в учебные программы последипломного образования врачей.

Неотложная помощь онкологическим больным, как правило, оказывается в дежурных хирургических, гинекологических и терапевтических клиниках, а в условиях ЦРБ — чаще в общехирургических отделениях. В ряде регионов (Татарстан) созданы отделения неотложной онкологии, где круглосуточно оказывается помощь больным раком. Безусловно, это — прогрессивное начинание. При выборе методов лечения дежурный персонал испытывает определенные трудности, нередко теряется драгоценное время, столь необходимое для спасения жизни больных. Упоминание пациентом того факта, что он лечился в онкологическом центре, нередко является определяющим в срочности оказания помощи. Дежурный персонал думает прежде всего о генерализации рака, тем самым теряется драгоценное время.

При осложнениях злокачественных новообразований принципы оказания помощи имеют свою специфику. Здесь необходимо учитывать стадию и распространенность опухоли, морфологическую форму и дифференцировку опухоли, вариант развития осложнения, возраст пациента и многие другие факторы.

Выделяются группы осложнений:

1. Осложнения, связанные с опухолью.
2. Неотложные состояния, развившиеся у онкологических больных в связи с проведенным лечением.
3. Осложнения хирургических заболеваний у онкологических больных.

Выделяются следующие варианты причин, приводящих к осложнениям в онкологии:

1. Перфорация опухоли полых и паренхиматозных органов.
2. Пенетрация (прорастание) опухоли

3. Обтурация (стеноз) полого органа
4. Кровотечение из опухоли полых и паренхиматозных органов
5. Разрыв опухоли
6. Перекрут опухоли, некрозы
7. Внутренние и наружные свищи (кишечные, желчные, межкишечные).
8. Компрессия опухолью смежных органов.
9. Сочетание осложнений (перфорация, кровотечение и пр.).

В этой группе могут быть больные с полинеоплазиями (первично-множественные опухоли). Число больных с первично-множественными новообразованиями имеет тенденцию к значительному росту.

Во вторую группу включаются не только послеоперационные осложнения (перитонит, панкреатит, кишечная непроходимость и т. д.), но и связанные с лучевым лечением, химиотерапией, гормонотерапией и др. Круг этих осложнений велик. Чаще ими занимаются сами онкологи, так как по времени они возникают в процессе лечения или в ранние сроки после его окончания.

Неотложные состояния в онкологии могут быть обусловлены основным патологическим процессом, а также метастазами опухоли.

У онкологических больных могут встречаться осложнения и хирургических заболеваний (острый аппендицит, холецистит и др.).

Рак желудка является наиболее частой опухолью среди органов брюшной полости. В России ежегодно регистрируется более 50000 новых случаев рака желудка.

В практической деятельности наиболее часто встречаются следующие осложнения рака желудка:

- а) кровотечение — до 30% (скрытые — 20%, профузные — 11%);
- б) непроходимость дистального отдела — до 25%, проксимального — до 20%;
- в) прорастание в окружающие органы и ткани — до 10%;
- г) перфорация опухолей — в 20%;
- д) образование желудочно-ободочных свищей (встречается крайне редко).

Кровотечения при дистальных локализациях рака чаще носят скрытый характер и отличаются постепенным нарастанием синдрома анемии, что уточняется по клинике, лабораторным гематологическим данным, ФГС и, в меньшей степени, рентгенологически. В подобной ситуации требуется проведение гемостатической

и кровезамещающей терапии и ускоренная подготовка к плановой операции.

Кровотечение профузного характера при распадающихся опухолях отличается быстрым нарастанием клиники, которая характеризуется резкой слабостью, бледностью, падением артериального давления, учащением пульса, «кровоной» рвотой и дефекацией стулом. ФГС быстро и точно определяет источник кровотечения, после чего необходимо проведение срочных мер по его остановке.

Консервативные мероприятия заключаются в проведении как кровезамещающей, так и кровоостанавливающей терапии.

При отсутствии гемостатического эффекта, угрозы возобновления кровотечения, повторившееся и в сочетании с перфорацией, являются показанием к экстренному оперативному вмешательству. Оно может быть в следующих вариантах:

1. При операбельности целесообразны радикальные операции — резекции желудка и даже вынужденная гастрэктомия. Это позволяет ликвидировать источник кровотечения, избавить больного от рака желудка.
2. При неоперабельности процесса и тяжелом состоянии больного могут быть выполнены паллиативные операции в виде атипических резекций желудка, позволяющих спасти больного при угрозе смертельного кровотечения. Поэтому только резекция, типичная или атипичная, радикальная или паллиативная, сегментарная или субтотальная, иногда гастрэктомия — могут обеспечить надежный гемостаз.

При невозможности выполнить атипическую резекцию желудка следует прибегнуть к менее эффективным методам остановки кровотечения: перевязке питающих желудок сосудов — двух (операция Киршнета), трех (операция Льюиса), обшиванию опухоли со стороны слизистой и серозной оболочек.

Дистальный и проксимальный стенозы желудка в практической деятельности встречаются часто.

Для дистального стеноза характерно нарушение эвакуации из желудка (отрыжка «тухлым», рвота застойной пищей; иногда вызывается самим больным), тяжесть в эпигастрии, резкое похудание и обезвоживание. При осмотре и обследовании живота определяется наличие шума плеска и симптом Валя (не всегда). Рентгенологически определяется нарушение эвакуации из желудка и гастроптоз.

Для проксимального стеноза ведущим признаком является дисфагия различной степени, вплоть до непроходимости жидкости, резкое похудание и обезвоживание.

Диагноз подтверждается нарушением проходимости контраста через кардиальный отдел желудка, его деформация тенями опухоли на фоне газового пузыря.

При дистальном стенозе необходимо оперативное лечение, оптимальным считается субтотальная резекция желудка в различных модификациях. При неоперабельности — гастрозэнтеростомия по одному из вариантов в зависимости от локализации и распространенности опухоли.

Проксимальная непроходимость желудка требует оперативного лечения в объеме гастрэктомии или проксимальной резекции. В случае неоперабельности показана гастростомия.

Прободение (перфорация) желудка является результатом распада опухоли и встречается у 2% больных. Клиника перфорации бывает довольно выражена. Наблюдаются: острая боль в животе с иррадиацией в плечо, затрудняющая дыхание; напряжение брюшной стенки»; симптом Щеткина-Блюмберга; исчезновение печеночной тупости; наличие свободной жидкости в брюшной полости (не всегда).

Уточнению диагноза «прободения» способствуют обзорная рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости, обнаружение при этом воздуха под печенью или диафрагмой, выход контраста из полости желудка в брюшную полость. Нужно помнить и о неинвазивных методах диагностики (таких, как УЗИ) и использовать их в сомнительных и сложных диагностических случаях. Ценную и объективную информацию дает ФГС, выявляя опухоль с признаками распада, а также перфорационный дефект. Иногда клиника перфорации желудка может быть сомнительной (небольшое количество газа в брюшной полости, спаечный процесс, перфорация задней стенки желудка, измененная реактивность, свойственная онкологическим больным и т.д.). В таких случаях показана диагностическая лапароскопия, а при сохранении сомнений — лапаротомия.

Операция является единственным методом лечения больных с перфорацией рака желудка. Наиболее эффективным оперативным вмешательством следует признать резекцию желудка. Объем и способ резекции не всегда определяются в подобной ситуации онкологическим требованиям, а преследуют цель — спасти больного. В этих случаях резекции могут быть атипическими, как и при кровотечениях, паллиативными и с увеличением объема до гастрэктомии.

Перфорация опухоли неизбежно приводит к перитониту, что осложняет оказание радикальной помощи или делает ее невозможной, сводя к минимуму, в зависимости от фазы развития перитонита и тяжести состояния больного.

Преследуя цель спасения жизни пациента при различных формах перитонита с интоксикацией, с тяжелым общим состоянием больного, выраженными сопутствующими заболеваниями или, когда бригада хирургов не может выполнить радикальные операции, их следует ограничить до необходимого минимума.

Ушивание или пластика дефекта в распадающейся опухоли, как правило, не всегда технически выполнимы и мало надежны. Они выполняются при тяжелом общем состоянии пациента, перитоните, неподвижности опухоли, при неподготовленности хирургической бригады к резекции или экстирпации желудка. Ушивание перфоративного отверстия проще выполнять по методу Оппеля-Поликарпова, тампонируя большим сальником и фиксируя его к стенке желудка. В случаях невозможности ушивания или пластики перфоративного отверстия его можно использовать в качестве свища. Для этого в отверстие вводится резиновая трубка в соответствии с их диаметром (катетер), окутывая сальником и сшивая последний со стенкой желудка, париетальной брюшиной. Трубка выводится через отдельный разрез или лапаротомную рану на брюшную стенку, формируя своеобразную гастростому.

После ушивания, пластики перфорационного отверстия, атипических резекций необходимо провести тщательную санацию брюшной полости, ее дренирование с оставлением микроирригаторов для введения антибиотиков в брюшную полость.

Декомпрессия желудка осуществляется введением постоянно действующего назогастрального зонда.

Проращение рака желудка в другие органы встречается до 10%. Чаще всего оно происходит в левую долю печени, поджелудочную железу. В этих случаях редко требуется оказание неотложной помощи, операции выполняются в плановом порядке.

Проращение рака желудка, локализованного по передней стенке и большой кривизне, в поперечно-ободочную кишку нередко приводит к нарушению ее проходимости и неизбежности экстренной помощи.

Рак желудка, прорастающий в поперечно-ободочную кишку, в случае его распада может привести к формированию желудочно-ободочного свища. Клинически это диагностируется по отрыжке и рвоте каловыми массами с быстро прогрессирующим похуданием. Стул, как правило, наблюдается сразу после приема пищи непереварившимся кишечным содержимым. При рентгеноскопии видно выход контраста сразу из желудка в ободочную кишку, а при ФГС обнаруживается отверстие в стенке желудка, сообщающееся с просветом кишки.

В подобных случаях требуется ускоренная подготовка больного к плановой резекции желудка или гастрэктомии в комбинации с операцией на ободочной кишке.

Рак культи желудка, встречающийся довольно часто, также может вызвать осложнения, перечисленные выше: прорастание в соседние органы, кровотечение, перфорацию, дистальный стеноз. Здесь требуется неотложная оперативная помощь хирургов высокой квалификации.

По данным статистики в 1999 году в РФ выявлено 25378 (17,39 на 100000 населения) больных раком ободочной кишки и 20780 (14,24) — раком прямой кишки. Колоректальный рак повсеместно отличается поздней диагностикой.

Наиболее частыми осложнениями рака толстой кишки являются обтурационная кишечная непроходимость (20-80%), перфорация кишки на фоне распада опухоли или проксимальнее ее за счет перерастяжения (диастатическая) — 0,5-20%, кровотечение (1-15%), прорастание опухоли в соседние органы и ткани (1,5-45%), перифокальные воспалительно-гнойные процессы (5-30%).

Обтурационная кишечная непроходимость является одним из частых осложнений в течении рака ободочной кишки. На ее развитие влияют ряд факторов и, прежде всего локализация, анатомическая форма и стадия опухолевого процесса. Непроходимость кишечника при раке сигмовидной или нисходящей ободочной кишки развивается в 2-3 раза чаще, чем при поражении правой половины ободочной кишки по следующим причинам:

1. Диаметр сигмовидной и нисходящей ободочной кишки почти вдвое меньше диаметра слепой и восходящей ободочной кишки;
2. В левой половине чаще развиваются эндофитные стенозирующие опухоли;
3. Сформировавшийся плотный кал чаще обтурирует стенозированный участок, чем жидкое или кашицеобразное содержимое оральных отделов ободочной кишки.

Диагностика кишечной непроходимости опухолевого генеза не вызывает затруднений, если выражены основные признаки обтурации просвета толстой кишки: схваткообразные боли в животе, задержка стула и газов, тошнота, рвота на фоне наличия общей симптоматики (общая слабость, плохой аппетит, похудание, субфебрильная температура), обусловленные раковой интоксикацией у больных среднего и пожилого возраста. При объективном обследовании выявляются: вздутие живота, симптом Валя, шум плеска при поколачивании брюшной стенки, наличие пальпируемой опухоли.

Целесообразно придерживаться следующей очередности диагностических мероприятий:

1. Тщательный сбор анамнеза со времени появления первых симптомов заболевания;
2. Клинический осмотр и пальпация живота;
3. Пальцевое исследование прямой кишки (позволяет обнаружить опухоль у 90% больных), а при непроходимости проксимальных отделов ободочной кишки — симптом Обуховской больницы — пустая ампула прямой кишки;
4. Обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости (наличие горизонтальных уровней — «чаши» Клойбера), ирригоскопия, ирригография и УЗТ органов брюшной полости;
5. Эндоскопическое исследование (ректороманоскопия, фиброколоноскопия);
6. Общеклинические лабораторные исследования (гипохромная анемия, лейкоцитоз и повышение СОЭ);
7. При низкой толстокишечной непроходимости — цитологическое исследование патологических выделений (примеси крови, слизи в кале) из прямой кишки на атипические клетки.

При обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза основным методом лечения является хирургический.

В лечении больных с острой кишечной непроходимостью, обусловленной опухолью, весьма ответственным моментом является выбор тактики и характера оперативного вмешательства. Как правило, такие операции проводятся в неблагоприятных условиях у тяжелобольных, ослабленных основным и сопутствующим заболеванием, что, несомненно, отражается на исходе лечения.

Основной задачей хирургического вмешательства при обтурационной толстокишечной непроходимости на первом этапе является опорожнение кишечника от содержимого и устранение его непроходимости. Эта задача может быть решена двумя путями: наложение свища (колостомы) для отведения кишечного содержимого наружу или обходного анастомоза для отведения его внутрь. Каждое из этих вмешательств может быть окончательным (обычно при раке IV стадии) или временным, производимым для подготовки больного к последующим этапам. Эти оперативные вмешательства носят паллиативный характер и направлены, прежде всего, на устранение непосредственной угрозы жизни больному, возникшей в результате непроходимости толстой кишки.

В отдельных случаях при осложненных формах рака толстой кишки могут быть проведены радикальные оперативные вмеша-

тельства по типу первичной обструктивной резекции, в том числе с наложением проксимальной колостомы. Последующие этапы выполняются через несколько месяцев после дополнительной подготовки пациента. Однако, первичные радикальные операции у больных обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза показаны только при общем удовлетворительном состоянии больного, отсутствии явлений перитонита и асцита. При этих же условиях, но при неудаляемой опухоли может быть наложен обходной межкишечный анастомоз.

При острой кишечной непроходимости, обусловленной опухолью правой половины толстой, а также правой и средней трети поперечной ободочной кишки, могут быть проведены следующие оперативные вмешательства:

1. Правосторонняя гемиколэктомия с выведением концов подвздошной и поперечной ободочной кишки на переднюю брюшную стенку;
2. Наложение обходного илеотрансверзоанастомоза, наложение обходного или илеотрансверзоанастомоза с односторонним выключением правой половины ободочной и выведением аборального конца подвздошной кишки на переднюю брюшную стенку, наложение двустольной илеостомы и цекостомы.

Правосторонняя гемиколэктомия при острой обтурационной толстокишечной непроходимости, являясь радикальной операцией, необходима только на фоне общего удовлетворительного состояния пациентов, отсутствия перитонита и асцита.

В период острой кишечной непроходимости, обусловленной раком левой половины толстой кишки, в основном применяются два вида оперативных вмешательств: обструктивная резекция пораженного опухолью участка толстой кишки с наложением проксимальной колостомы или только колостомы. Первичная резекция осуществляется лишь при общем удовлетворительном состоянии больного и отсутствии признаков перитонита или асцита. Однако, основными видами оперативных вмешательств при острой обтурационной непроходимости левой половины толстой кишки являются наложение проксимального по отношению к опухоли свища на толстую кишку (трансверзостомы, сигмостомы).

Большое распространение при острой кишечной непроходимости, обусловленной раковой опухолью левой половины толстой кишки, имеют трехмоментные операции типа Цейдлера-Шлоффера. Операция выполняется в тех случаях, когда имеются явления перитонита. Первый этап операции типа Цейдлера-Шлоффера состоит в наложении разгрузочной колостомой проксимальнее

опухоли (по типу цекостомы, трансверзостомы или сигмостомы). Второй этап заключается в резекции пораженного опухолью участка левой половины толстой кишки и наложения межкишечного анастомоза для восстановления непрерывности кишечника. Этот этап выполняется после полной ликвидации признаков кишечной непроходимости и улучшения общего состояния больного. На третьем этапе обычно через 2-3 недели после заживления анастомоза, выполненного на втором этапе, производится закрытие колостомы.

Одним из оперативных вмешательств, применяемых при острой толстокишечной непроходимости, обусловленной раком, является операция Гартмана, предложенная для лечения рака сигмовидной и ректосигмоидного отдела ободочной, а также при опухолевом поражении верхнеампулярного отдела прямой кишки. Суть операции заключается в резекции пораженного опухолью участка толстой кишки и наложении проксимальной одноствольной колостомы. Преимущества операции заключаются в возможности последующего отсроченного восстановления непрерывности кишечного тракта.

Одним из наиболее тяжелых осложнений рака толстой кишки является ее перфорация. Она может быть обусловлена непосредственным разрушением стенки кишки злокачественной опухолью или разрывом ее от перерастяжения газами проксимальнее стенозирующей опухоли (диастатическая перфорация).

В большинстве случаев перфорация злокачественной опухоли протекает с типичной картиной прободения полого органа и разлитого перитонита. Она характеризуется острой болью в животе, исчезновением при перкуссии печеночной тупости, притуплением перкуторного звука в отлогих частях живота, коллапсом (тахикардия, бледность, холодный пот, падение артериального давления), ознобом и повышением температуры тела. Пальпаторно определяется болезненность и резкое напряжение мышц живота с наличием положительных симптомов раздражения брюшины.

У ослабленных, истощенных раковой интоксикацией больных пожилого и старческого возраста, перфорация нередко проявляется стертой клинической картиной.

Для уточнения диагноза необходимы дополнительные методы исследования:

1. Обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости для определения свободного газа в поддиафрагмальных областях;
2. Экстренная лапароскопия с эвакуацией выпота из брюшной полости;

3. Экстренная фиброколоноскопия для определения характера и локализации перфорации;
4. Пункция заднего свода у женщин;
5. Анализ крови — лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево.

Возникновение перфорации злокачественного новообразования является показанием к экстренной операции. При этом объем оперативного вмешательства определяется локализацией опухоли и должен быть ограничен самыми необходимыми манипуляциями без претензий на их радикальность в онкологическом отношении.

Операцией выбора при перфорации опухоли толстой кишки является выведение из брюшной полости пораженного опухолью участка с резекцией и формированием отдельной двустольной колостомы (операция Микулича).

При невозможности выведения пораженного опухолью участка кишки из брюшной полости в качестве крайней меры следует:

1. Ввести в перфорационное отверстие дренажную трубку, закрепить ее кисетным швом;
2. Подвести к месту перфорации толстую дренажную трубку и отграничивающие тампоны;
3. Ушить перфорационное отверстие с подведением и тампонадой большим сальником к линии швов, подвести дренажную трубку и отграничивающие тампоны. Во всех случаях необходимо наложить проксимальнее опухоли разгрузочную петлевую колостому, ввести дренажные трубки не только в приводящий, но и в отводящий отрезок кишки, подвести ее к опухоли и активно аспирировать содержимое.

Ушивание перфорационного отверстия с наложением колостомы проксимальнее опухоли и дренирование брюшной полости особенно необходимы у больных при перфорации раковой опухоли расположенной в малом тазу, когда крайне затруднена мобилизация кишки с опухолью из окружающих тканей.

В сроки более 6 часов после перфорации или, если размер прободного отверстия больше периметра кишки, ушивание не будет надежным. В этом случае операцией выбора является обструктивная резекция ободочной кишки с формированием одностольной концевой колостомы.

У больных с внутрибрюшинным прободением рака ободочной кишки независимо от общего состояния и наличия отдаленных метастазов резекция (даже паллиативная) нередко оказывает-

ся единственно рациональной операцией с выведением проксимального и дистального концов этого органа на переднюю брюшную стенку. Все операции по поводу прободения толстой кишки завершаются дренированием брюшной полости, желательна с активной аспирацией выпота с последующим лечением перитонита в соответствии с принципами ведения этого контингента больных.

Нередким осложнением рака толстой кишки является воспалительный процесс как в самой опухоли, так и в соседних органах и тканях. Воспаление связано с наличием вирулентной микрофлоры в просвете толстой кишки и изъязвлением опухоли. Колибациллярная инфекция сквозь патологически измененную стенку кишки легко проникает как в саму опухоль, так и за ее пределы. Чаще воспалительный процесс возникает в опухолях большого размера с распадом. Перифокальное воспаление может привести к перфорации опухоли, ограниченному или разлитому перитониту, гнойному параколиту или флегмоне брюшной стенки.

Клинически, осложнения рака толстой кишки с воспалением зависят от распространенности опухолевого процесса, формы и локализации очага воспаления, общего состояния и возраста больного.

Клиническая картина внутриопухолевого и перифокального воспаления обычно развивается постепенно. Вначале усиливаются боли в животе, отмечаются тахикардия, повышение температуры, лейкоцитоз. При пальпации передней брюшной стенки определяется болезненное опухолевидное образование. В результате прогрессирования воспалительного процесса могут образоваться инфильтраты передней брюшной стенки с переходом во флегмону, гнойный паранефрит, абсцессы малого таза и забрюшинного пространства, ограниченный или разлитой перитонит. При самопроизвольном вскрытии флегмоны передней брюшной стенки могут образовываться каловые свищи.

При воспалительных изменениях в опухоли и вокруг нее выбор лечения зависит от степени развития воспаления. При явлениях перитонита, обусловленного гнойно-воспалительными изменениями в опухоли толстой кишки и вокруг нее, необходимо срочно оперировать больного. Операция заключается во вскрытии и дренировании гнойника с подведением к нему отграничивающих тампонов и дренажной трубки. Для декомпрессии толстой кишки и дополнительного дренирования гнойного очага необходимо проксимальнее опухоли наложить петлевую колостому.

Кровотечение при раке ободочной и прямой кишки встречается, как правило, в виде хронической геморрагии вследствие деструктивных изменений с вовлечением кровеносных сосудов, вас-

куляризирующих опухоль. Чем дистальнее расположена опухоль, тем чаще возникает кровотечение. Нередко оно служит первым проявлением злокачественной опухоли толстой кишки.

Для рака правой половины толстой кишки характерно выделение кала черного цвета (мелена) с переваренной темной кровью. У больных с опухолью левой половины толстой кишки, особенно в дистальных ее отделах и прямой кишке, кровотечение проявляется в виде сгустков или прожилок алой крови на поверхности кала. Обычно кровотечение возникает при раке толстой кишки III–IV стадий. Чаше наблюдается незначительное, хотя и продолжительное кровотечение. Являясь относительно постоянным признаком, кровотечение при раке толстой кишки в отличие от рака желудка редко бывает профузным. Нередко кровотечение из прямой кишки, обусловленное злокачественной опухолью, расценивается как геморроидальное.

Диагностика кровотечений основана прежде всего на проктологическом обследовании больного:

1. Пальцевое исследование прямой кишки, гинекологическое исследование у женщин;
2. Ректороманоскопия, фиброколоноскопия;
3. Ирригоскопия и ирригография;
4. Анализ крови — прогрессирующая анемия.

Лечебная тактика при кровотечении, обусловленном раком толстой кишки, определяется прежде всего его характером и тяжестью геморагии. В большинстве случаев кровотечение удается остановить консервативными мероприятиями.

Более сложная задача стоит перед хирургом и онкологом в тех случаях, когда, несмотря на интенсивную гемостатическую терапию, кровотечение продолжается, угрожая жизни больного. Несмотря на высокий риск, приходится проводить операцию под защитой гемотрансфузии, адекватной кровопотере.

Единственным методом радикальной остановки кровотечения из раковой опухоли толстой кишки является резекция вместе с опухолью — источником кровотечения. При таком объеме операции у ослабленных кровопотерей и раковой интоксикацией больных отмечается высокая летальность. Однако, проведение интенсивной трансфузии крови и кровезаменителей до — и во время, а также после операции дает возможность выполнить вмешательство в необходимом объеме с благоприятным исходом.

Прорастание опухоли в соседние органы и ткани является сравнительно частым осложнением рака при далеко зашедших III–IV стадиях опухолевого процесса. Это связано с особенностями роста и распространения рака ободочной и прямой кишки. Обла-

дая способностью разрушать окружающие ткани, раковые клетки прорастают все слои кишечной стенки и проникают в окружающую клетчатку и находящиеся рядом органы, вызывая в них воспалительную инфильтрацию. Образующиеся при этом соединительнотканые сращения между опухолью и прилегающими тканями и органами являются теми мостиками, по которым идет распространение злокачественного процесса.

Как ободочной кишки прорастает в желудок, мочевой пузырь, различные отделы тонкой кишки и другие полые органы. При этом возможно формирование межорганный внутреннего свища. Рак прямой кишки сравнительно часто прорастает в органы малого таза как у мужчин, так у женщин.

Прорастание рака толстой кишки в смежные органы, безусловно, свидетельствует о далеко зашедшей стадии опухоли. Как правило, оно проявляется сложными симптомокомплексами, отражающими патологию толстой кишки и вторично пораженного органа.

Однако, если злокачественный процесс в ободочной кишке протекает бессимптомно или признаки его выражены слабо, то прорастание опухоли в соседние органы и ткани может оказаться первым признаком рака. Так, рак правого (печеночного) изгиба при прорастании может первоначально обуславливать клинические проявления холецистита или печеночной колики, а опухоль поперечной ободочной кишки — симптомы заболевания желудка и т.д.

Лечебная тактика при осложненном раке ободочной и прямой кишки зависит от локализации в степени распространенности опухолевого процесса.

При местнораспространенных формах рака толстой кишки при отсутствии отдаленных (гематогенных) метастазов в печени и других органах проводятся комбинированные операции с резекцией и экстирпацией смежных органов и тканей в едином блоке с радикальной операцией, адекватной степени поражения опухоли того или иного отдела толстой кишки.

В заключение необходимо отметить, что неотложные состояния в онкологии отличаются тяжестью течения, трудностями диагностики и лечения. Успех лечения больных раком с осложненным течением требует самоотдачи, высокой клинической эрудиции, мастерства и сострадания.

II.4.3. ПРИНЦИПЫ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В структуре злокачественных опухолей женского населения России рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место. Учитывая широкое применение лучевой терапии при лечении данной патологии и увеличение сроков жизни до 5-10 лет и более удельный вес местных лучевых повреждений у женщин, страдающих РМЖ, будет оставаться высоким. В настоящее время частота развития лучевых повреждений в среднем составляет 10-15% от всех пациентов, перенесших лучевую терапию, что полностью правомерно и для больных с новообразованиями этой локализации.

Применение мегавольтных источников излучения сместило акцент лучевых повреждений с кожи на подкожную клетчатку и внутренние органы. В результате этого появились пациенты с повреждением целого комплекса интактных от злокачественного процесса анатомических структур. Именно с этим связан поиск новых, более эффективных методов лечения различных сочетаний местных лучевых повреждений. Типичными осложнениями радикального лечения РМЖ являются: лучевые повреждения покровных тканей в области полей облучения (фиброз, язва); вторичная лучевая брахиоплексопатия; вторичный лимфостаз конечности; постлучевой пневмофиброз; лучевые изменения в костях, а также сочетание таких осложнений.

Многие исследователи рассматривают аспекты хирургического лечения только ведущей патологии в комплексе осложнений (с точки зрения качества жизни пациентов), развивающихся после радикального лечения РМЖ, несмотря на то, что в большинстве случаев ведущая патология в клинической картине, как правило, сочетается с другими проявлениями местных лучевых повреждений, которые также нуждаются в коррекции. Консервативные мероприятия могут применяться самостоятельно и в комплексе с оперативным вмешательством, усиливая его эффект. Причем, разнообразие и возможности терапевтических средств позволяют в течение одной госпитализации воздействовать на различные проявления патологического процесса при любом варианте лечения. В случаях необходимости оперативного лечения нескольких нозологических форм лучевых повреждений у одного больного перед хирургом встает вопрос о последовательности и времени проведе-

ния коррекции каждой из них. Современная литература отражает принципы хирургического и консервативного лечения вторичного лимфостаза, лучевых язв и в меньшей степени лучевых брахиоплексопатий, но практически не рассматривает проблему, связанную с выбором тактики при их сочетании. Настоящая работа посвящена принципам и организации специализированной помощи таким лицам, а также некоторым вопросам терминологии, оценки критериев жизнедеятельности и деонтологии.

Терминология

Рассматривая отдаленные результаты комбинированного лечения рака молочной железы, многие исследователи используют термин «постмастэктомический синдром» [1, 3, 4 и др.]. В 1979 г. O'Brien B. Mc. впервые объединил лимфатический отек и плексопатию верхней конечности в понятие «постмастэктомическая рука». Этот термин следует считать несколько неточным. Однако сам принцип объединения осложнений в единый синдром необходимо признать целесообразным, так как он позволяет рационально подобрать метод коррекции каждого из его проявлений.

Обращаясь к теме «постмастэктомического синдрома» практически все исследователи отталкиваются от наличия у пациента лимфатического отека, как основополагающего симптома. По нашему мнению это не совсем верно. Радикальная мастэктомия по поводу РМЖ проводится как часть комбинированного метода лечения с применением пред- и (или) послеоперационного облучения. Использование термина «постмастэктомический синдром» полностью исключает причастность лучевой терапии в развитии целого комплекса осложнений, а хирургическое вмешательство возводится в разряд основной причины синдрома. В конечном итоге этот термин отражает только одну из причин заболевания, что не позволяет правильно оценить патогенетические особенности формирования каждого компонента (Рис. II.4.3.1). В свою очередь неверное представление о патогенезе исключает возможность адекватного использования всего арсенала лечебных и профилактических мероприятий.

Миланов Н.О. [3] включил в понятие «постмастэктомический синдром» наличие одного или нескольких осложнений, развивающихся на фоне лимфатического отека конечности. В зависимости от частоты развития он расположил их следующим образом: 1 — нарушение лимфооттока; 2 — нарушение венозного оттока; 3 — грубые рубцы, ограничивающие функцию конечности в плечевом суставе; 4 — брахиоплексопатия. Анализируя предло-

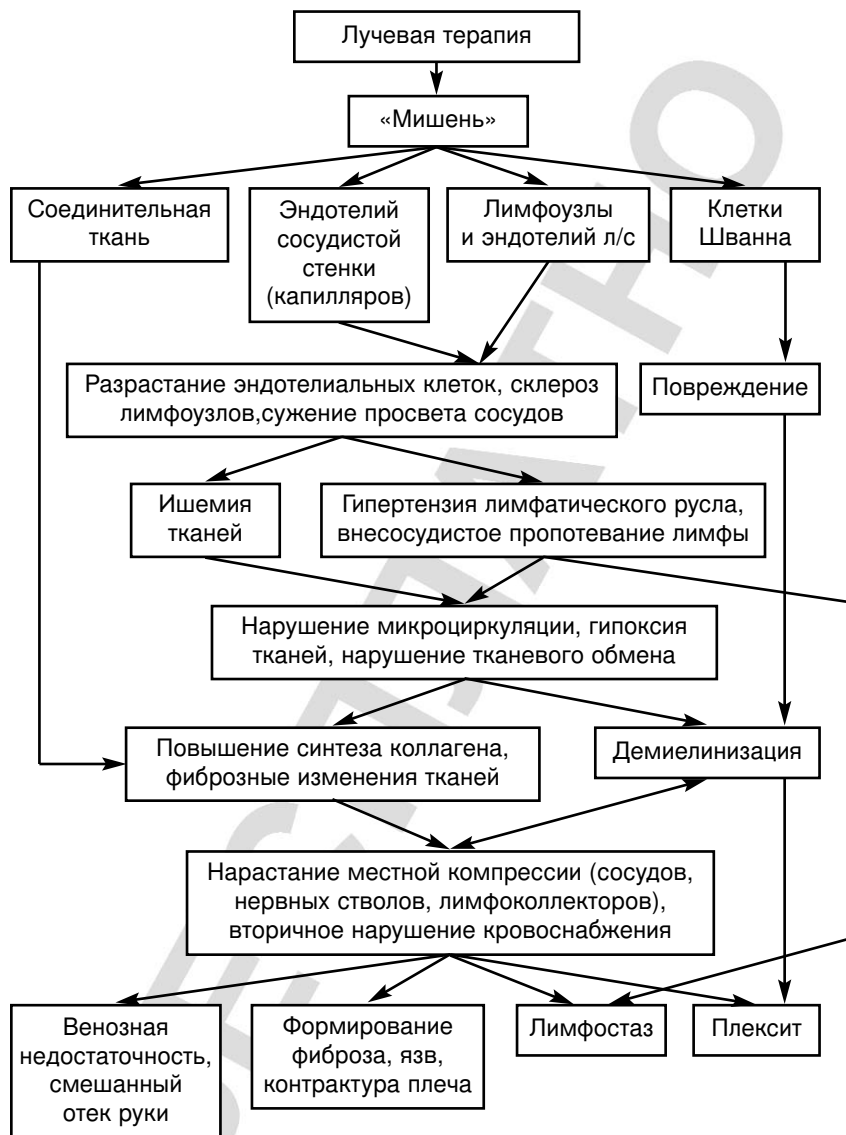


Рис. II.4.3.1. Схема развития местных лучевых повреждений у больных после лучевой терапии рака молочной железы

женную схему, с определенной уверенностью можно утверждать, что оперативное вмешательство является непосредственной причиной формирования только лимфостаза и послеоперационных рубцов, связанных с повреждением анатомических структур в зоне операции. Итак, регионарная лимфаденэктомия вызывает нарушение лимфооттока в конечности, а развитие послеоперационных рубцов — тугоподвижность в плечевом суставе. Несомненно, что грубая рубцовая ткань может сдавливать глубокие вены и стволы плечевого сплетения в подключично-подмышечной области, однако данная ситуация более характерна для фиброзных изменений мягких тканей. Вышеописанные осложнения должны проявляться в течение первых недель и месяцев после операции, что и происходит в случаях развития лимфостаза конечности и ограничений отведения в плечевом суставе. Следует отметить, что смысловая нагрузка указанного термина полностью теряется у больных с тем же набором осложнений, сформировавшихся в результате проведения только радикального курса лучевой терапии РМЖ. Операционной травмой нельзя объяснить развитие фиброза кожи, подкожной клетчатки и легочной ткани, язв и изменений в костях, а также повреждение плечевого сплетения на уровне первичных стволов (выше ключицы). Перечисленные осложнения проявляются в более поздние сроки (в течение 1-2 года) послеоперационного периода и не могут быть связаны с оперативным вмешательством. Кроме того, самым частым осложнением комбинированного лечения РМЖ является фиброз мягких тканей в области полей облучения, который сочетается с другими компонентами синдрома в 70-100% случаев. Поэтому именно фиброзные изменения необходимо считать первичной составляющей этого комплекса нарушений. Эта мысль полностью подтверждается многолетним опытом отделения хирургического и консервативного лечения лучевых повреждений нашего центра.

Опираясь на вышесказанное, мы считаем, что случаи сочетания фиброзных изменений с лимфостазом руки и другими проявлениями местных лучевых повреждений следует расценивать как «синдром осложнений комбинированного лечения РМЖ». Основными компонентами, предлагаемого нами синдрома необходимо считать лучевые повреждения покровных тканей, нарушение лимфооттока и брахиоплексопатию, которые определяют функциональное состояние верхней конечности и качество жизни пациента. В «синдром осложнений комбинированного лечения РМЖ» можно включить и нарушения психоэмоционального статуса, хотя, на наш взгляд, этот вариант усложняет само это понятие.

Таким образом, в зависимости от метода лечения злокачественного образования молочной железы можно выделить три понятия схожих по своей сути, но различных по первоначальному определению: «постмастэктомический синдром», «синдром осложнений комбинированного лечения РМЖ» и «синдром местных лучевых повреждений». Фактически, все они отражают негативные последствия радикального лечения РМЖ, однако каждый из них указывает на свою этиологическую причину развития заболевания. В частности, «постмастэктомическому синдрому» соответствует симптоматика, развившаяся вследствие хирургического или комбинированного лечения РМЖ. Диссекция лимфоузлов является основной причиной лимфостаза. Поэтому клиническая картина этого синдрома укладывается в изолированный отек конечности и послеоперационную контрактуру плеча. Наличие у пациента сочетания местных лучевых повреждений с отеком руки следует расценивать как «синдром осложнений комбинированного лечения РМЖ», вызванный оперативным вмешательством и облучением. «Синдром местных лучевых повреждений» развивается в результате применения радикальных курсов лучевой терапии, а также вследствие комбинированного лечения РМЖ. Данный синдром характеризуется комплексом местных лучевых повреждений при обязательном наличии лимфостаза. В таких случаях ведущей патологией в клинической картине, как правило, является лучевая брахиоплексопатия или язва. Безусловно, предложенная нами терминология не совершенна, однако представленные определения в той или иной степени позволяют разграничить сочетание патологической симптоматики в зависимости от причины ее возникновения (рис. II.4.3.2).

Учитывая, что большинство пациентов нуждается в комбинированном лечении РМЖ в дальнейшем мы будем использовать термин «синдром осложнений комбинированного лечения РМЖ», который объединяет все вышеуказанные осложнения в единое понятие и нивелирует различия внутри самого синдрома, которые связаны с методом лечения злокачественной опухоли.

Принципы лечения и оценка критериев жизнедеятельности

Принципы лечения

«Синдром осложнений комбинированного лечения РМЖ» требует лечения всех компонентов в отдельности и различных сочетаний каждого из них как единого заболевания. основополагающими принципами остаются раннее проведение реабилитации

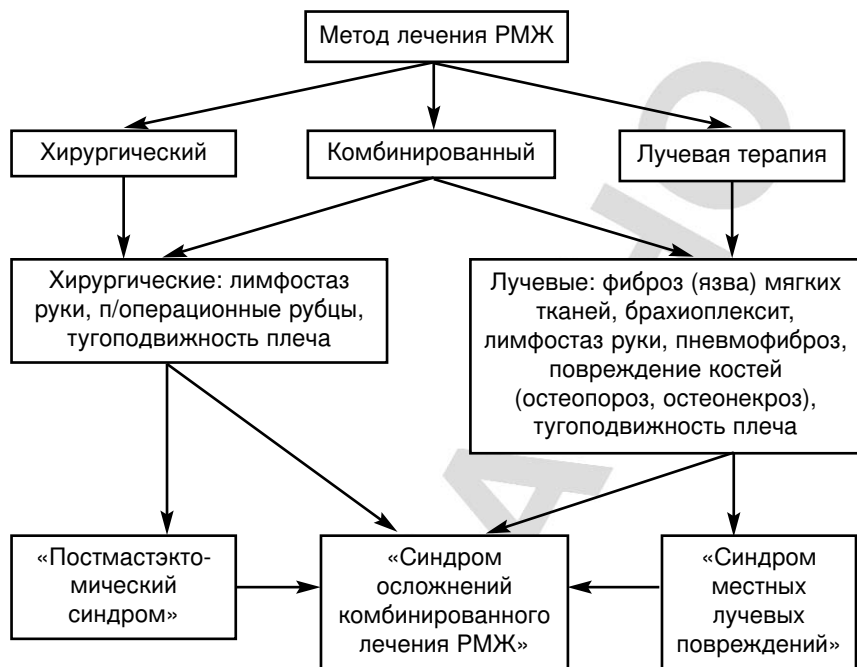


Рис. II.4.3.2. Осложнения лечения РМЖ.

онных мероприятий и комплексный подход при их реализации. Рассматривая вопросы тактики лечения синдрома, необходимо учитывать несколько факторов: вариант сочетания и стадию патологического процесса его составляющих, а также последствия их прогрессирования. Планируя метод лечения РМЖ нетрудно предположить характер осложнений и связанных с ними функциональных нарушений, которые могут развиваться в отдаленном периоде (рис. II.4.3.2). Наиболее проста схема коррекции «постмастэктомического синдрома», которая включает хирургическое лечение лимфостаза и устранение тугоподвижности в плечевом суставе. Мы придерживаемся принципа раннего проведения лимфoвенозного шунтирования (ЛВШ) на стадии лимфoэдемы (вплоть до выполнения превентивных операций) в области локтевой ямки с целью стабилизации отека. В послеоперационном периоде назначают пневмомассаж дистальных отделов руки до уровня рубца,

курс иглорефлексолазеротерапии, ручного массажа, электрофореза, лечебной физкультуры и медикаментозной терапии. В случаях неэффективности микрохирургической операции, связанных с тромбозом анастомоза выполняют повторные вмешательства. Дальнейшее прогрессирование отека до стадии слоновости определяет применение частичной или радикальной дермолипофасциэктомии верхней конечности. Фактически основные усилия должны быть направлены на коррекцию лимфостаза, как основного элемента синдрома.

Использование комбинированных или лучевых методов лечения РМЖ повышает риск формирования дополнительных осложнений, вызванных ионизирующим излучением, то есть лучевых повреждений. При таком стечении обстоятельств и своевременном обращении за помощью хирург сталкивается с двумя вариантами развития патологического процесса, от которых зависит тактика лечебных мероприятий. Типичным является вариант постепенного формирования синдрома с последовательным появлением в клинической картине новых компонентов. Реже встречается одновременное проявление нескольких составляющих синдрома, которые развиваются параллельно друг другу, но взаимосвязаны. Сроки установления патологической симптоматики зависят от различий латентного периода каждого компонента и метода лечения РМЖ.

Рассмотрим варианты постепенного формирования синдрома. В результате применения комбинированных методов лечения РМЖ, в частности, при удалении лимфоузлов, отек конечности может развиваться сразу после операции. В дальнейшем нарушение лимфотока компенсируется, либо продолжает прогрессировать до клинических форм лимфостаза, то есть лимфатический отек является первым элементом синдрома, который фиксирует хирург на этом этапе развития заболевания. Присоединение лучевых повреждений происходит позже, но не ранее 3 месяцев после облучения. Таким образом, «постмастэктомический синдром» может перерасти в «синдром комбинированного лечения РМЖ» или «синдром местных лучевых повреждений». Переход от одного патологического состояния к другому осуществляется несколькими путями. Следует напомнить, что лучевой фиброз покровных тканей, как правило, сопровождает все основные проявления местных лучевых повреждений и имеет самый короткий латентный период (в среднем 4-6 месяцев). Если лимфостаз развивается после лимфаденэктомии, то нарушение венозного оттока по магистральным венам и ишемия стволов плечевого сплетения имеют вторичный характер и являются следствием постепенного нарастания фиб-

розных изменений в области приложения лучевой терапии. В конечном итоге их прогрессирование сопровождается развитием язв, увеличением отека и брахиоплексопатией в различных сочетаниях. В таких случаях патологическая симптоматика проявляется в строгой очередности. Сначала появляется лимфостаз, затем лучевой фиброз (язва) и несколько позже брахиоплексопатия. Второй путь предусматривает ведущую роль в развитии всех компонентов синдрома лучевого фактора. Компенсаторный коллатеральный лимфоотток в конечности (после диссекции лимфоузлов) блокируется в результате развития фиброза покровных тканей, который становится первичным элементом в синдроме. В такой ситуации на фоне фиброзных изменений возможно последовательное, либо параллельное формирование отека и (или) неврологической симптоматики. Те же изменения происходят при использовании радикальных курсов лучевой терапии в качестве самостоятельного метода лечения РМЖ. При поздних поступлениях в стационар, когда основные компоненты синдрома уже сформированы, используется иная тактика проведения лечебных мероприятий.

На основании вышесказанного можно сформулировать принципы хирургического лечения для каждой ситуации. Реабилитация больных с «синдромом осложнений комбинированного лечения РМЖ» должна базироваться на ранней коррекции первичных элементов синдрома (для стабилизации патологического состояния, профилактики развития других компонентов синдрома) и поэтапном устранении других осложнений по мере их развития. В случаях, когда синдром уже сформирован или его компоненты проявляются практически одновременно, необходимо руководствоваться степенью патологических изменений. В первую очередь корегуруется ведущая патология или компонент, играющий решающую роль в нарушении функции конечности. Если этому препятствует другой компонент, то сначала следует устранить именно его. Если какая-либо составляющая синдрома угрожает жизни пациента (кровотечение из язвы, ее малигнизация, резкое расстройство кровообращения в конечности за счет компрессии магистральных сосудов и т.д.), то все усилия должны быть сконцентрированы на решении этой проблемы. Попытка одновременного и максимального устранения проявлений синдрома является обязательным условием эффективности коррегирующих операций при всех его вариантах.

Для более наглядного и цельного понимания принципов лечения «синдрома осложнений комбинированного лечения РМЖ» имеет смысл обратиться к конкретным клиническим примерам.

Постепенное присоединение новых элементов синдрома подразумевает поэтапную коррекцию каждого из них, начиная с первичного элемента. Если таким элементом является лимфатический отек, то тогда выполняют лимфовенозное шунтирование; если к нему присоединяется фиброз мягких тканей в надподключичной или подмышечной областях, который вызывает сдавливание магистральных вен и стволов плечевого сплетения, то производят его иссечение в совокупности с флеболлизом и невролизом. В такой ситуации целесообразно замещать сформировавшийся дефект перемещенным кожно-мышечным (мышечным) лоскутом на основе торакодорсальной или прямой мышцы живота, а также большим сальником. Данная манипуляция позволит стабилизировать нарастание отека и неврологической симптоматики или послужит профилактическим мероприятием, препятствующим их развитию. При формировании лучевых язв в этих зонах тактика не меняется. В этих случаях лучевая язва является ведущей патологией и нуждается в скорейшем иссечении и пластике, но не исключает сопутствующего выделения нервно-сосудистого пучка из фиброза. Исключения составляют больные, у которых язва локализуется в области передней грудной стенки и формируется на фоне фиброза или лучевых повреждений костных структур. Фактически процесс изъязвления фиброзных тканей или развитие остеомиелита требуют определенного времени, связанного с ухудшением кровоснабжения. Эта стадия патологического процесса характерна для случаев, когда синдром, как правило, уже сформирован, поэтому оперативное лечение необходимо производить превентивно до развития серьезных осложнений.

Если первым элементом в клинической картине синдрома является фиброз мягких тканей, тактика хирургических мероприятий несколько меняется. Корректирующие операции по поводу лимфатического отека руки применяются после иссечения фиброза в подключичной и подмышечной области. Эта манипуляция позволяет избежать формирования язв, компрессии нервных стволов, комбинированного отека, а также ликвидирует гипертензию в системе поверхностных вен, что позволяет успешно использовать ЛВШ. Если лимфостаз и брахиоплексопатия развиваются одновременно, то, в первую очередь, необходимо выполнить невролиз стволов плечевого сплетения для снижения интенсивности болевого синдрома и сохранения функции конечности, а затем стабилизировать ее отек. В случаях, когда радикальное иссечение фиброзных тканей по той или иной причине невозможно и, следовательно, невозможно произвести невролиз, применяют консервативные мероприятия и хирургическую коррекцию лимфостаза.

Приведенные выше примеры оперативной тактики «синдрома осложнений комбинированного лечения РМЖ» применимы на ранних стадиях заболевания, когда хирург имеет возможность заниматься профилактикой развития каких-либо компонентов синдрома или выполнять поэтапную коррекцию каждого из них при первых признаках проявления. Поэтому эффективность профилактических, стабилизирующих и коррегирующих операций во многом зависит от своевременного направления больного на лечение, а также возможности постоянно контролировать развитие патологического процесса.

При позднем обращении за помощью, когда «синдром осложнений комбинированного лечения РМЖ» сформировался в единое целое и существует в течение нескольких лет, необходимо ориентироваться на выраженность нарушений каждого компонента, принцип ведущей патологии и их функциональную значимость для пациента. В случаях длительного течения заболевания степень патологических отклонений может резко отличаться не только у разных больных, но и в рамках самого синдрома (сочетание терминальной стадии лучевой плексопатии с начальной стадией лимфостаза и наоборот). При любом сочетании местных лучевых повреждений сначала необходимо устранить лучевую язву и стабилизировать неврологическую симптоматику. Если язва локализуется в подключичной или подмышечной области, то коррегирующие операции совмещают. В противном случае, в первую очередь устраняют лучевую язву, затем выполняют невролиз стволов плечевого сплетения и только потом занимаются проблемой лимфостаза. Мы полностью согласны с мнением исследователей, которые считают, что лучевая брахиоплексопатия и приводящая контрактура являются основными компонентами синдрома, определяющими функциональные нарушения. Поэтому они должны быть устранены независимо от выраженности лимфатического отека. Коррекция лимфостаза на фоне отсутствия активных движений в руке лишена смысла. В то же время собственный опыт показал, что многие женщины заинтересованы в ликвидации слоновости больших размеров, несмотря на глубокий парез конечности. Разрешение слоновости позволяет носить обычную одежду, устраняет бросающийся в глаза косметический дефект и снимает чувство тяжести в плечевом суставе, что оказалось очень важным для данной категории лиц. Кроме того, снижение веса конечности иногда обеспечивает восстановление полезного объема движений в локтевом и плечевом суставах с уровня мышечной силы М-2 до уровня М-3. Такие изменения в клинической картине требуют их стабилизации, то есть выполнения компрессионной операции на

плечевом сплетении. В случаях, когда мышечная сила в суставах конечности менее М-3, применение невролиза нецелесообразно. Иначе говоря, эффективность операции и функция руки изначально зависят от ее исходного состояния. Исключение составляют только пациенты с выраженным болевым синдромом. Сохранение активных движений только в локтевом суставе следует считать показанием к оперативному лечению. При благоприятном исходе оперативного вмешательства у таких больных появляется «рука помощница», которая в определенной степени облегчает реализовывать бытовые потребности.

Остальные компоненты синдрома, к которым относятся лучевой пневмофиброз и остеопороз, требуют проведения консервативной терапии как составной части комплекса лечебных мероприятий.

Таким образом, диагноз «синдром осложнений комбинированного лечения РМЖ» является показанием к оперативному лечению. Порядок коррекции компонентов синдрома должен быть поэтапным и зависеть от выраженности каждого из них. В первую очередь, устраняется ведущая патология, которая играет наиболее важную роль в нарушении функции конечности или определяет качество жизнедеятельности больного.

Оценка критериев жизнедеятельности

Параметры жизнедеятельности являются важными критериями эффективности реабилитации, а их улучшение — основной целью. С этой точки зрения расширение информации о критериях оценки жизнедеятельности представляется нам очень важным для клиницистов и научных сотрудников.

В практике реабилитации используются различные критерии оценки ее эффективности: клинические, социальные, специализированные (для конкретных заболеваний) и многие другие. Клинические критерии характеризуют только уровень медицинской реабилитации (выздоровление, улучшение и т.д.), но не отражают степень восстановления функции, социально-бытовой и профессиональной деятельности. Социальные критерии используют оценку трудоспособности и демонстрируют эффективность реабилитации только на социальном уровне. Наиболее адекватные и полные критерии эффективности реабилитации разработаны по отношению к отдельным заболеваниям. Однако их недостатком является узкая направленность. В связи с этим при определении эффективности реабилитации больных с «синдромом осложнений комбинированного лечения РМЖ» необходимы универсальные

критерии, которые можно использовать для каждого компонента и синдрома в целом. Оценка эффективности реабилитации у таких лиц должна быть дифференцированной и соответствовать трехмерной концепции последствий болезни, разработанной ВОЗ [2].

Концепция последствий болезни рассматривает ее проявления на органном, организменном и социальном уровнях. Основным элементом таких последствий являются морфологические изменения, которые приводят к нарушению функции одного или нескольких органов и систем. В классификации морфо-функциональные сдвиги обозначаются как «нарушение» или «дефект» на органном уровне. В результате дефекта ограничивается повседневная деятельность всего организма, то есть болезнь проявляется на организменном уровне ограничением жизнедеятельности, которое в свою очередь вызывает социальную недостаточность. Под жизнедеятельностью понимают способность осуществлять деятельность в рамках обычных для человека. Ограничение этой способности создает барьеры в среде обитания больного, препятствует его доступу в различные инфраструктуры общества и ухудшает качество жизни, то есть приводит к последствиям на социальном уровне. Социальная недостаточность, вытекающая из нарушения функции и ограничения жизнедеятельности, подразумевает неспособность больного человека выполнять обычную для него роль в повседневной жизни. Социальная недостаточность оценивается по обстоятельствам, которые ставят больного в невыгодное положение по сравнению со здоровыми людьми. Измерителями социальной недостаточности являются так называемые критерии «выживаемости» разработанные экспертами ВОЗ: ориентация в окружающей среде, физическая независимость, мобильность, общение (социальная интеграция), занятия и экономическая независимость. Несоответствие любому из этих критериев вызывает социальную недостаточность. Но ограничение жизнедеятельности нельзя рассматривать как однородный социологический феномен. Большинство ее критериев проявляются на бытовом уровне и отражают социально-бытовую активность.

Представленная концепция направлена на активную интеграцию инвалидов в общество независимо от причин, вызвавших ограничение их жизнедеятельности. В настоящем разделе мы рассмотрим только оценку критериев жизнедеятельности и медицинской реабилитации, которые укладываются в рамки «синдрома осложнений комбинированного лечения РМЖ».

Реабилитация преследует 3 цели: восстановление функции (полное или частичное), восстановление социально-бытовой активности (повседневная деятельность) и профессиональной дея-

тельности. Эффективность реабилитации оценивается дифференцированно по отношению к достижению каждой цели, а ее критерии должны отвечать следующим требованиям:

- универсальность — возможность использования при разных заболеваниях (в нашем случае для каждого компонента синдрома);
- унификация способов оценки разных сторон реабилитации (функционального, бытового и социального восстановления);
- возможность сравнения данных до и после реабилитации;
- возможность цифрового выражения оценок;
- простота и доступность оценок.

Медицинскую реабилитацию всегда следует начинать и заканчивать экспертной оценкой больного. В последние годы в клинической практике получает широкое распространение понятие «функциональный класс» (ФК), которое отражает состояние функции или другого физиологического параметра. Функциональный класс оценивают по 5-балльной шкале, принятой за 100%: ФК-0 — характеризует начальное состояние параметра, ФК-1 — легкое его нарушение (до 25%), ФК-2 — умеренное (25-50%), ФК-3 — значительное (50-75%), ФК-4 — резко выраженное или полное нарушение (75-100%). Преимуществом ФК является краткость и возможность цифрового выражения степени нарушенной функции, что более удобно, чем словесное ранжирование. Универсальность ФК позволяет применять его по отношению к критериям жизнедеятельности, вызывающим социальную недостаточность, а именно: ФК состояния трудоспособности, самообслуживания, общения и так далее. ФК до и после реабилитационных мероприятий выражают в виде дроби по каждому критерию (в числителе — до, в знаменателе — после). Можно выделить 2 критерия эффективности реабилитации: непосредственный уровень реабилитации (ФК после реабилитации) и собственно эффективность реабилитации в баллах (разница ФК до и после реабилитации количественно характеризует эффективность). Например, если до реабилитации был ФК-3, а после ФК-1 (3/1), тогда достижение реабилитации ФК-1, а ее эффективность 2 балла. Приведенную шкалу можно адаптировать к клиническим критериям оценки эффективности лечения. Выздоровление будет характеризоваться как ФК-0 (полное восстановление функции). Улучшение оценивается при понижении ФК на 1 балл как улучшение, а на 2 балла — как значительное. Если ФК остается без изменений, но параметр улучшается, эффект расценивается как легкое улучшение. Повышение ФК характеризует ухудшение.

Определение степени нарушений функции по ФК является первым этапом экспертного процесса и соответствует процентному выражению потери функции, которое указано выше. На втором этапе оценивается влияние расстройства функции на жизнедеятельность и степень нарушений каждого из ее критериев в отдельности, поскольку разные дефекты отражаются на разных сторонах жизнедеятельности. ФК дефекта и нарушений жизнедеятельности совпадают не всегда. Поэтому иногда необходимо оценивать степень нарушений жизнедеятельности независимо от нарушения функции. Каждый из критериев жизнедеятельности может нарушаться изолированно или в комплексе и вызывать различную степень социальной недостаточности. В связи с этим, характеристика жизнедеятельности требует специальной оценки по каждому критерию. В рамках «синдрома осложнений комбинированного лечения РМЖ» наибольший интерес представляют самообслуживание, трудоспособность и общение (как отражение психоэмоционального статуса).

Самообслуживание это способность ухаживать за собой, самостоятельно справляться с основными потребностями, обеспечивать независимое существование в окружающей среде без помощи других лиц. Данное понятие включает самостоятельное удовлетворение самых насущных повседневных потребностей (личная гигиена, прием пищи т. д.) и осуществление более широкого круга бытовых (приготовление пищи, уборка помещения, стирка и т. д.). Обычно нарушение способности к самообслуживанию и потеря физической независимости возникают на поздних стадиях заболевания и проявляются позже, чем ограничение других сторон жизнедеятельности. Раньше самообслуживание ограничивается при нарушении функции верхних конечностей. Оценка нарушений самообслуживания и физической независимости включает:

- ФК-0 — способность существования без посторонней помощи;
- ФК-1 — потребность в небольшой, непостоянной помощи других лиц;
- ФК-2 — необходимость эпизодической (1-2 раза в неделю) помощи других лиц в осуществлении одной или нескольких потребностей при самостоятельной организации повседневных;
- ФК-3 — необходимость систематической помощи других лиц через длительные интервалы (24 часа и реже) в удовлетворении нескольких или многих потребностей;

ФК-4 — нарушение самообслуживания, необходимость помощи других лиц в удовлетворении потребностей через короткие интервалы либо постоянно.

Общение — способность человека устанавливать контакты с другими людьми и поддерживать привычные общественные взаимоотношения. Параметрами для характеристики общения служит оценка возможности контакта с ближайшими родственниками, друзьями, соседями, коллегами и новыми людьми:

ФК-0 — способность участвовать во всех обычных общественных взаимоотношениях;

ФК-1 — сдерживаемые контакты (из-за психологических особенностей личности) при сохранности принципиальной возможности общения на разных уровнях или нарушение только одной из форм общения (невозможность сексуальных отношений из-за различных дефектов или нарушений и т. д.);

ФК-2 — невозможность устанавливать или поддерживать новые контакты при сохранности устоявшихся связей — пониженное общение;

ФК-3 — нарушение устоявшихся контактов (друзья, соседи, коллеги) при сохранности отношений с ближайшими родственниками — обедненное общение;

ФК-4 — невозможность общения, затруднение поддержания контактов даже с близкими родственниками.

Критерии оценки способности к труду (трудоспособность) в течение многих лет используются в медико-социальной экспертной практике и реабилитации. В системе **ФК** трудоспособность можно ранжировать следующим образом: **ФК-0** — полностью сохранена; **ФК-1** — незначительное ограничение; **ФК-2** — значительное ограничение; **ФК-3** — возможность труда только в специально созданных условиях; **ФК-4** — невозможность труда.

Исходя из вышесказанного, «синдром осложнений комбинированного лечения РМЖ» можно определить следующим образом — это комплекс отдаленных осложнений комбинированного лечения РМЖ, который включает в себя различные сочетания негативных последствий оперативного вмешательства и лучевой терапии, вызывающих функциональные нарушения верхней конечности и социальную недостаточность.

Таким образом, реабилитация больных с «синдромом осложнений комбинированного лечения РМЖ» должна включать коррекцию функциональных дефектов на органном уровне и их последствий на организменном. Качество жизни таких пациентов во многом зависит от обеспечения нормальной жизнедеятельности и

устранения социальной недостаточности. Поэтому проблемы, связанные с реабилитацией больных перенесших РМЖ, необходимо решать силами различных специалистов. Следует отметить, что положительная динамика при лечении любого компонента синдрома или стабилизация патологических проявлений на уровне возможности выполнения полезной функции конечности, необходимо расценивать как улучшение качественных характеристик жизни больного.

Вопросы организации специализированной помощи, деонтологии и профилактики

В настоящее время рак молочной железы остается самой частой злокачественной опухолью, встречающейся у женщин. Инвалидность вследствие радикального лечения РМЖ занимает одно из ведущих мест. Вопросы реабилитации таких пациентов весьма актуальны в связи с тем, что успехи онкологии за последние годы привели к увеличению срока их жизни. Однако выживаемость больных далеко неравноценна полному выздоровлению. Поэтому отдаленные результаты являются главным критерием при оценке результатов лечения рака данной локализации.

Проблема местных лучевых повреждений возникла по мере увеличения числа больных, излеченных от злокачественных новообразований. Актуальность ее резко возрастает, когда речь идет о пациентах трудоспособного возраста, у которых нарушается функция верхней конечности, вплоть до ее потери. Если учесть возможность двустороннего поражения, то можно представить трагическое положение таких лиц.

Важность рассматриваемой проблемы заключается также и в том, что до настоящего времени пациентам с местными лучевыми повреждениями уделяется недостаточное внимание со стороны онкологов и радиологов, которые в основном интересуются только исходом лечения злокачественного процесса. Вероятно, это объясняется отсутствием необходимых рекомендаций по учету и своевременному направлению на лечение этих больных, а также эффективных методов профилактики.

Курсы повышения квалификации показали, что многие практические врачи, сталкиваясь с данной патологией на начальных стадиях заболевания, оказываются в затруднительном положении. В ходе выяснения причин появившейся у пациента симптоматики (чаще неврологической) упускается благоприятный момент для начала лечебных мероприятий и, следовательно, снижается его эффективность. В 90,9% случаев обращение больных за специали-

зированной помощью происходит в сроки, когда заболевание уже развивается в течение 1-5 лет. Абсолютное большинство женщин поступают в стационар в запущенной стадии патологического процесса (обширные язвы, слоновость, глубокий парез конечности) несмотря на то, что многие из них неоднократно обращали внимание врачей на появление начальных признаков местных лучевых повреждений. Временной интервал между развитием клинических форм заболевания и госпитализацией, как правило, бывает заполнен многократными консультациями различных специалистов или курсами консервативной терапии. В некоторых случаях больным вообще не предлагают никакого лечения или говорят о его бесперспективности. Отдельную категорию представляют лица, которые не знают или не были своевременно информированы о медицинских учреждениях, занимающихся лечением местных лучевых повреждений. Специфическую группу составляют женщины, которые сами затягивают сроки госпитализации. В случаях быстро прогрессирующего заболевания именно этот период во многом определяет эффективность лечения в целом, возможность стабилизации патологического процесса и успех социальной реабилитации. Следует отметить, что в наших наблюдениях ни один пациент, прошедший курс лучевой терапии, не был предупрежден о риске и характере возможных последствий от облучения. Поэтому постепенное прогрессирование патологической симптоматики, которое сопровождается снижением функции конечности или развитием язвы, является полной неожиданностью для больного. На фоне благоприятного исхода основного заболевания эти изменения могут привести к серьезной психоэмоциональной травме, которая нередко перерастает в суицидальные тенденции, особенно у лиц молодого возраста.

Опыт курсов повышения квалификации для врачей радиологов показал, что многие из них недостаточно знакомы с вариантами ятрогенного проявления лучевой терапии в поздние сроки после ее окончания. Только этим можно объяснить случаи повторного облучения пациентов уже имеющих лучевые повреждения при отсутствии морфологического подтверждения метастатического процесса. Иначе говоря, клинические проявления поздних лучевых повреждений расценивают как прогрессирование основного заболевания и больному повторно проводят курс лучевой терапии, что значительно ускоряет развитие патологических изменений в зоне облучения.

Столкнувшись с фактом онкологического заболевания, необходимостью ампутации молочной железы, больные переносят сильную психоэмоциональную травму, которая усугубляется раз-

витиём лучевых повреждений. Поэтому организация помощи таким пациентам должна включать вопросы медицинской (функциональной), социальной и косметической реабилитации. Для успешного решения поставленных задач необходимо соблюдение следующих условий:

- совершенствование знаний онкологов и радиологов в области причин развития и клинического течения лучевых повреждений (курсы повышения квалификации, выездные лекции, специализированная подготовка на базе ведущих учреждений страны, широкое освещение проблемы в литературе);
- формирование групп риска лучевых повреждений на этапе планирования и проведения лучевой терапии (применение СОД, заведомо превышающих толерантные; сочетание с травматичными обширными операциями; сопутствующие заболевания, сопровождающиеся ангиопатией; наличие лучевых реакций; учет индивидуальной чувствительности к ионизирующему излучению; повторные курсы лучевой терапии);
- предупреждение больного о возможном развитии лучевых повреждений в будущем, их характере и клиническом течении;
- раннее обращение больного за помощью, своевременная диагностика и направление на лечение;
- составление списка учреждений, которые занимаются лечением лучевых повреждений и их реабилитационных возможностей по каждой нозологической форме, а также ориентация больного при выборе необходимого стационара;
- проведение лечебных мероприятий на ранних стадиях заболевания, включая коррекцию функциональных нарушений, косметических дефектов и психоэмоционального статуса на госпитальном этапе;
- динамический контроль на постгоспитальном этапе;
- социальная реадaptация пациента при участии различных специалистов;
- создание межрегионального регистра больных лучевыми повреждениями в рамках единой компьютерной сети всех онкологических учреждений страны (учет, частота заболеваемости, изучение причин развития, консультации и т. д.).

Предложенная схема может быть отнесена к любым проявлениям лучевой патологии, а применение вышеуказанных положений

ний на практике позволит повысить качество реабилитационных мероприятий.

Важным моментом в проблеме лучевых повреждений являются меры профилактики их развития. Вопросы, связанные с ними, крайне сложны ввиду отсутствия четких критериев, позволяющих определить индивидуальную чувствительность к ионизирующему излучению у конкретного больного. В такой ситуации радиологи практически не имеют возможности прогнозировать развитие патологической симптоматики. Поэтому комплекс профилактических мероприятий должен основываться на ранней диагностике и лечении таких больных, учете факторов риска и исключении ошибок при планировании и проведении лучевой терапии.

В заключение следует отметить, что «синдром осложнений комбинированного лечения РМЖ» представляет собой сложный комплекс лучевых повреждений, каждое из которых может выступать в роли отдельного заболевания. Приоритетным методом лечения синдрома необходимо считать оперативную коррекцию на ранних стадиях патологического процесса. Оперативное вмешательство должно выполняться поэтапно, с учетом ведущей патологии, ее значимости для функции верхней конечности и стадии заболевания. В первую очередь должна ликвидироваться лучевая язва и стабилизироваться явления брахиоплексопатии, с последующей коррекцией лимфатического отека. Исключение составляют случаи раннего развития лимфостаза вследствие иссечения лимфоузлов или сочетание слоновости с глубоким парезом конечности (для устранения косметического дефекта). Выделение стволов плечевого сплетения из фиброза при глубоком парезе руки оправданно только для снижения интенсивности болевого синдрома. Хирургическое лечение синдрома обязательно должно сочетаться с комплексом консервативных мероприятий, направленных на закрепление полученного эффекта. Основной целью реабилитации больных местными лучевыми повреждениями является повышение качества жизни, включающего улучшение критериев жизнедеятельности и устранение социальной недостаточности. Своевременное направление больных на лечение, а также активное участие различных специалистов в процессе реабилитации (на всех этапах лечения) позволяет решить эту проблему с наименьшими потерями для пациентов, что обеспечивает адекватную социальную реадaptацию таких лиц.

Литература

1. *Абалмасов К.Г., Егоров Ю.С.* Хирургические методы лечения постмастэктомического синдрома.//Российский онкологический журнал. — 1997. — № 4. — сс.7-11.
2. Международная номенклатура нарушений, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности.//1994.
3. *Миланов Н.О.* Постмастэктомический синдром и его хирургическое лечение.//Автореф.дис.д-ра мед.наук. — М. — 1984.
4. *Пронин В.И., Розанов Ю.Л., Вельшер Л.З.* Мастэктомия и ее последствия.//М. — Медицина — 1985.

II.4.4. ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

При невозможности выполнения радикальной операции при раке желудка для облегчения состояния больного, восстановления проходимости пищи, устранения распадающейся опухоли применяют паллиативные операции. К ним относят: паллиативную резекцию, обходные анастомозы, гастроэнтеростомию, реканализацию, гастростомию, еюностомию.

Паллиативная резекция желудка

К паллиативным резекциям желудка при раке прибегают по строго ограниченным показаниям. Понятие «паллиативная» переплетается со своим антиподом — «радикальная» резекция. Однако это определение в последние годы подверглось логическому пересмотру: фактору времени выживания больного при раке желудка следует придавать решающее значение, ибо только через годы можно с определенностью сказать, была резекция в момент выполнения радикальной или она была в то время уже паллиативной. Достоверно определить во время операции, распространяется ли болезнь за пределы желудка или нет, как правило, невозможно. Бывают ошибки, как в ту, так и в другую сторону. Часто хирург принимает воспаленные лимфатические узлы за метастазы и наоборот, ибо только гистологическое исследование способно дать правильный ответ. Воспалительные сращения опухоли желудка с соседними органами принимаются за прямую инвазию, что микроскопическое исследование не так уж редко отрицает. Бывает и так, что гистологическое исследо-

вание в удаленном препарате не обнаруживает метастазов, а больной вскоре после операции умирает именно от диссеминации болезни. Поэтому определить «радикальность» резекции можно только по прошествии многих лет, да и то, если больной подвергся аутопсии.

Понятие «паллиативная» резекция возможно ставить в тех случаях, когда операция при резектабельной опухоли в связи с наличием неудалимых метастазов или при вынужденных условиях (кровотечение из опухоли, невозможность технически полностью удалить опухоль, раковый асцит) выполняется заведомо нерадикально.

Наиболее благоприятной паллиативной операцией является паллиативная резекция, устраняющая источник кровотечения, интоксикации и позволяющая больному жить некоторое время с метастазами. Операцию выполняют при невозможности полного удаления метастазов в лимфатических узлах или органах. Целесообразно выполнять резекцию 2/3 желудка для устранения стеноза и удаления опухоли как источника кровотечения, угрожающего жизни больного. Техника операции такая же, как и обычной резекции, но без попытки полного удаления узлов или метастазов. Противопоказанием к паллиативной резекции являются метастазы в брюшине, брыжейке, сальнике, асцит, отдаленные метастазы в костях, мозгу, легких и т.д. Нецелесообразно выполнять паллиативную гастрэктомию.

Интубация опухоли

Интубация опухоли при раке кардиального отдела желудка преследует цель восстановить у больного проглатывание пищи и тем самым улучшить питание и уменьшить степень обезвоживания. Способ был знаком Авензоару уже в XI в. Современные попытки интубации опухоли кардии берут начало от нейзильберовой трубки Souttar (1927). Примерно с конца 50-х годов интубация опухоли кардии наравне с интубацией опухоли пищевода стала применяться чаще и выставлялась как антипод гастростомии, ибо имела перед ней явные психологические преимущества.

Специальная полиэтиленовая трубка с воронкообразным расширением орального конца может быть вставлена и проведена через опухоль под контролем эзофагогастроскопа, а также у больных с нерезектабельной карциномой во время операции через разрез стенки пищевода с последующим ушиванием ее. Интубация избавляет больных от неприятной процедуры питания через гастростому.

Однако, по мере накопления опыта стали выявляться и отрицательные стороны этого метода. Методика интубации небезопасна: почти все применявшие ее хирурги сообщают о перфорациях стенки пищевода трубкой в результате прямого насилия либо из-за пролежня, связанного с длительным нахождением трубки в пищеводе. Трубка, помещаемая в суженный участок, нередко регургитирует, а иногда ускользает довольно быстро в желудок. Кроме того, трубка является постоянным источником механического раздражения опухоли, что может послужить причиной или допинговым фактором ускорения ее роста. Продление жизни таких больных по меньшей мере не превышает цифр, характеризующих таковой показатель при гастростомии, хотя отрицать известный положительный психологический эффект интубации нет оснований. Наконец, сама интубация в определенном проценте случаев оказывается невозможной из-за плотности опухолевого инфильтрата, при насильственном проведении возможно кровотечение, которое может потребовать серьезного оперативного пособия с малыми шансами на успех. Поэтому мы не являемся сторонниками данного метода и не применяли его в своей практике.

Бужирование

Этот метод берет свое начало от предложения Hasker (1885), и в различных модификациях применяется некоторыми хирургами до настоящего времени. Неоднократные неудачи слепого бужирования через рот уже давно привели к полному отказу от этого способа при раке кардии из-за опасности перфорации пищевода над опухолью или самой опухолью, возникновения профузного кровотечения и кратковременности эффекта манипуляции. К сожалению, результаты бужирования раковых стенозов кардии под контролем эзофагогастроскопа мало отличается от таковых при «слепом» бужировании.

Заслуживает внимания бужирование опухоли кардии через рот по металлической струне-проводнику (Ванцян Э.Н., Тошаков Р.А., 1968). Рекомендуются применять первое бужирование под наркозом, при этом считается, что проходимость кардии сохраняется в течение месяца. В дальнейшем рекомендуются повторные бужирования в амбулаторных условиях.

Мы согласны с мнением Ю.Е. Березова (1976), и считаем, что этот метод имеет мало преимуществ перед гастро- и еюностомой, а возможность перфорации опухоли, кровотечение, кратковременность эффекта, ускорение роста опухоли не позволяют вне-

дрять его в широкую практику. В исключительных случаях — при категорическом отказе больного от гастростомии и невозможности выполнения обходного анастомоза — этот метод может найти применение.

Гастроэнтеростомия

При технически неудаляемом раке антрального отдела желудка, протекающем с явлением стеноза, показана обходная гастроэнтеростомия.

Гастроэнтеростомия — операция наложения соустья между желудком и тонкой кишкой. Впервые выполнена в 1881 г. Вельфлером (Wolfler A.), ассистентом Бильрота Т. В обход суженного раковой опухолью выходного отдела желудка Вельфлер, по совету присутствующего на операции Николадони (Nicoladoni C.), соединил соустьем петлю тощей кишки, проведенную впереди поперечной ободочной кишки, с передней стенкой желудка — передний впередиободочный гастроэнтероанастомоз (*gastroenterostomia antecolica anterior*).

Еще в период становления желудочной хирургии были предложены многочисленные модификации этой операции. Так, Курвуазье (Courvoisier L.J., 1883) и, окончательно, Гаккер (Hacker V.) в 1885 г. предложили метод задней позадиободочной гастроэнтеростомии (*gastroenterostomia retrocolica posterior*). Браун Г. (1892) предложил межкишечный анастомоз между приводящей и отводящей петлями тонкой кишки при передней впередиободочной гастроэнтеростомии; Ру Ц. (1897) — вариант гастроэнтеростомии с пересечением тощей кишки с Y-образным межкишечным анастомозом.

Кохером Т. (1891) была предложена задняя гастроэнтеростомия с поперечным рассечением кишечной петли. Многочисленные модификации гастроэнтеростомии различают в зависимости от: а) расположения петли тонкой кишки по отношению к желудку (изо- или антиперистальтическое); б) положения соустья по отношению к продольной оси желудка (горизонтальное, вертикальное, косое); в) длины приводящей петли кишки (длинная, короткая, предельно короткая); г) впереди- или позадиободочного расположения анастомозируемой с желудком кишечной петли.

При неоперабельной опухоли выходного отдела желудка накладывают впередиободочный гастроэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом, поскольку при задней гастроэнтеростомии всегда имеется риск сдавления анастомозированной с желудком кишечной петли растущей злокачественной опухолью. Петля тон-

кой кишки берется на расстоянии 30-40 см от связки Трейца (гастроэнтероанастомоз на длинной петле) и подводится к передней стенке желудка впереди большого сальника и поперечной ободочной кишки. Анастомоз кишки с желудком накладывают возможно дальше от опухоли.

Желудок сшивают с кишкой чаще всего двумя рядами швов. Первый ряд — на слизистую оболочку накладывают непрерывный кетгутовый шов; второй — серо-серозные узловы́е швы. Приводящее и отводящее колена анастомозированной с желудком кишечной петли во избежание перегиба целесообразно подшить к стенке желудка за пределами анастомоза («подвешивание петли» по Каппелеру). Между приводящими петлями накладывают двухрядный межкишечный анастомоз шириной 5-6 см. Ширина анастомоза должна соответствовать ширине просвета анастомозируемой петли кишки. Слишком широкое соустье может иногда способствовать инвагинации тонкой кишки в желудок, а узкое может оказаться недостаточным для эффективного дренирования желудка.

Многие больные, подвергшиеся обходной гастроэнтеростомии, жалуются на продолжающееся чувство переполнения желудка, несмотря на «сделанную операцию», периодическую отрыжку «тухлым». Несмотря на воссоздание проходимости, гастроэнтеростомия не всегда ликвидирует явления застоя и брожения в желудке. Поэтому Березов Ю.Е. (1976) части больным выполнил гастроэнтеростомию с «отключением» опухоли желудка. Желудок пересекают поперек на 5-6 см проксимальнее опухоли. Дистальную культю обрабатывают 10% раствором йода и накладывают глухой двухрядный шов. С проксимальной культей желудка анастомозировается тощая кишка на длинной петле, проводимая впередиободочно. Накладывают межкишечное соустье. Гастроэнтеростомию с «отключением» опухоли автор рекомендует выполнять больным, у которых опухоль занимает дистальный отдел желудка, не переходя на его угол. При большем распространении опухоли, или инфильтративных формах рака, эта операция не имеет смысла, так как она становится технически трудной, что может привести к ненужным осложнениям как во время самой операции, так и сразу после нее.

Обходная эзофагоеюно- или эзофагогастростомия

При раке кардии или проксимального отдела желудка показаны паллиативные операции типа эзофагофундоанастомоза, эзофагоеюноанастомоза или гастростомии. При тяжелом общем состоянии больного, тотальном поражении опухолью накладывают

различного рода стомы для питания. В ряде случаев паллиативные операции направлены на устранение тонко- и толстокишечной непроходимости и заключаются в наложении обходных энтероэнтероанастомозов или наружных каловых свищей.

Обходная эзофагоеюно- или эзофагогастростомия выполняется при раке проксимального отдела желудка и иногда при тотальном раке желудка. Обходной эзофагоеюноанастомоз предложен в 1908 г. Федоров С.П. Многие десятилетия эта операция была забыта и возродилась вновь через 30 лет в различных вариантах в связи с успехами торакальной хирургии. Были разработаны различные операционные подходы, и операция достаточно прочно вошла в обиход хирургической практики. При небольших по размеру опухолях кардии иногда удается произвести операцию обходного эзофагофундоанастомоза (операция Gosset, 1903). Операция заключается в наложении бокового поддиафрагмального соустья между пищеводом и дном желудка выше места опухоли.

Первым успешно применил внутригрудную обходную пластику Савиных А.Г., который, используя идею Федорова С.П., наложил эзофагоеюноанастомоз в обход опухоли кардии в 1938 г. К 1941 г. он выполнил 16 обходных эзофагоеюностомий с 10 успешными исходами. Все операции были выполнены путем чрезбрюшинной медиастинотомии. Первую успешную чресплевральную обходную пластику выполнил Rienhoff (1942), а в нашей стране — Петровский Б.В. (1946). Наибольшее распространение обходные анастомозы получили в России и во Франции. Однако, после 1960 г. интерес к данным анастомозам стал ослабевать, в связи с тем, что технически они являются непростыми операциями, дающими высокую летальность и небольшую продолжительность жизни больных, перенесших операцию не более 1,5 лет.

Березов Ю.Е. (1976) настаивает на необходимости выполнения обходных анастомозов, ибо при тягостных симптомах дисфагии, когда опухоль невозможно удалить, обходной анастомоз может создать и создает прочную иллюзию «выздоровления» у большинства оперированных больных вплоть до последних дней жизни.

Техника обходных операций не всегда легка, особенно при больших опухолях проксимального отдела желудка и распространении опухоли на пищевод. При таких обстоятельствах нередко технические возможности хирурга не поспевают за его желанием наложить обходное соустье и приходится отступать. Дно желудка в этих условиях занято опухолью и его использовать для соустья невозможно, а тощая кишка даже при дополнительной мобилизации рассечением сосудистых аркад тощей кишки натягивается, что за-

ставляет отказаться от эзофагоэюностомии. Слишком велика вероятность недостаточности швов соустья в этих условиях.

Если же имеется небольшая по размерам нерезектабельная карцинома малой кривизны субкардиального и кардиального отдела желудка, то дно желудка удастся подтянуть к пищеводу иногда без дополнительной мобилизации. При натяжении дна желудка необходимо пересечь желудочно-диафрагмальную и желудочно-селезеночную связки; после этого дно желудка свободно подтягивается до уровня нижней легочной вены. Пищевод обнажают рассечением плевры и расслоением медиастинальной клетчатки только на длину участка передне-левой стенки, с которым и накладывают продольный эзофагофундоанастомоз. Аборальный конец соустья должен отстоять от верхней границы опухоли не менее чем на 5 см. Если пищевод был мобилизован кругом и только после этого выяснялась нерезектабельность опухоли, то целесообразнее пищевод орально пересечь, зашить аборальный конец наглухо, а проксимальный отрезок вшить в дно желудка.

Эзофагоэюноанастомоз выполняется по тем же принципам; петля взятой для анастомоза тощей кишки должна свободно протягиваться до необходимого уровня, и только после этого накладывается простейший анастомоз по типу «бок в бок» и межкишечным соустьем. Длина приводящей петли должна быть не менее 30 см. Если кишка не дотягивает до нужного уровня, выгоднее наложить соустье по Ру. При этом дистальный конец пересеченной петли зашивают двухрядным швом наглухо и после этого накладывают пищеводно-кишечное соустье по типу «бок в бок».

Гастростомия

Честь разработки гастростомии принадлежит российскому хирургу Басову В.А., который в ноябре 1842 года на обществе испытателей природы в Москве прочел свой доклад «Замечания об искусственном пути в желудок животных». В работе приводится техника операции, выполненной в эксперименте на животных. В работе ясно и точно установлены показания к ее применению, а также созданы предпосылки к развитию новых оперативных вмешательств по поводу непроходимости пищевода различной этиологии.

Через год вслед за Басовым В.А. разработкой методики гастростомии занялся французский хирург Blondlot (1843). Независимо от Blondlot и почти одновременно с ним американский хирург Watson производил опыты на собаках. Гастростомия ими накладывалась с целью изучения физиологии пищеварения.

Первая гастростомия на человеке была выполнена Sedilot в 1849 году. Больной погиб от перитонита. Вторая попытка Sedilot (1853) также окончилась неудачно, равно как и операция, выполненная в том же году датским хирургом Fenger. В обоих случаях больные погибли от перитонита.

В России первая гастростомия выполнена Снегиревым В.Ф. в 1877 году. Больной умер от шока через 30 часов после операции.

Усовершенствование методик гастростомии были направлены на то, чтобы предотвратить обратное вытекание желудочного содержимого и вводимой пищи через свищ. Существует более 100 различных модификаций этой операции. Приводим классификацию методов гастростомии по Юхтину В.И. (1967), дополненную Жерловым Г.К. (1997).

I группа — методы гастростомии, при которых переднюю стенку желудка вытягивают в рану в виде конуса и подшивают к брюшной стенке. При этом канал желудочного свища на всем протяжении выстлан слизистой оболочкой:

1. Простое подшивание передней стенки желудка к брюшной стенке без образования жома (Басов В.А., 1842; Blondlot, 1843; Sedilot, 1849; Fenger, 1854, и др.).
2. Использование прямой мышцы живота без апоневроза в качестве сфинктера вокруг выведенной в рану передней стенки желудка (Hacker, 1886; Girard, 1888).
3. Протягивание конуса желудка через косые каналы между мышцами, фасциями и под кожей для образования перегибов, сжимающих конус желудка в виде сфинктера (Сабанев И.Ф., 1890; Hahn, 1890).
4. Поворот конуса желудка вокруг оси для образования за-слонки в свище (Шевченко И.Т., 1950; Ullman, 1894; Soligoux, 1902).
5. Формирование конуса из слизистой оболочки желудка с образованием жома из серозно-мышечных лоскутов передней стенки желудка (Воскресенский В.М., 1939).
6. Гофрирование конуса желудка кисетными швами (Топровер Г.С., 1934; Благовещенский М.А., 1950; Glassman, 1939).
7. Гофрирование конуса желудка с образованием апоневротического кольца (Доронин Ф.Н., 1952).
8. Гофрирование конуса желудка кисетными швами с образованием вокруг него мышечно-апоневротического жома из прямой мышцы живота и апоневроза (Юхтин В.И., 1955).

II группа — методы гастростомии, при которых формируют канал из передней стенки желудка. При этом канал свища выстлан

серозной оболочкой и грануляционной тканью. Вариантами этой группы являются следующие методы:

1. Образование канала свища путем сшивания передней стенки желудка над резиновой трубкой, введенной в желудок и фиксированной в ране брюшной стенки (Дьяков П.И., Witzel, 1891; Kocher, 1902; Gernez и Ho-Dac-Di, 1930).
2. Образование прямого канала путем инвагинации конуса желудка кисетными или узловыми швами (Stamm, 1894; Senn, 1896; Kader, 1896; Fontan, 1896; Hans, 1910).
3. Метод круговой инвагинации конуса желудка (Сапожков К.П., 1945).
4. Метод вертикального инвагината (Серебренникова Л.В., 1949).

III группа — методы гастростомии, при которых канал свища образуют из изолированного отрезка кишки, вшитой между желудком и кожей живота:

1. Из отрезка тонкой кишки (Tavel, 1906; Roux, 1907; Wullstein, Frangenhein, 1911; Lexer, 1911);
2. Из отрезка ободочной кишки (Kelling, 1911; Vuillet, 1911).

IV группа — методы гастростомии, при которых выкраивают стебельчатые лоскуты из стенки желудка и из них формируют трубчатый свищ:

1. Формирование трубки из передней стенки желудка (Watsuji, 1899; Depage, 1901; Hirsh, 1911; Janeway, 1913; Quick и Martin, 1928; Rheame, 1930).
2. Формирование трубки из передней и задней стенок желудка по большой кривизне (Гальперн Я.О., 1913; Beck и Carrell, 1905; Jianu, 1912, и др.).
3. Трубчато-клапанный метод гастростомии (Трофимов М.И., 1898; Spivack, 1929; Lowry и Sorenson, 1932, и др.).
4. Трубчатый жомно-клапанный метод гастростомии (Жерлов Г.К., 1997).

V группа — методы гастростомии, при которых канал желудочного свища выстилают кожным эпителием, которым окружают резиновый катетер, вшитый в стенку желудка по методу Витцеля. При этом используют:

1. Свободный кожный лоскут с бедра (Warath, 1911);
2. Кожный лоскут на ножке вблизи раны брюшной стенки (Steward, 1918; Stahnke, 1928).

В лекции мы ограничимся, главным образом, характеристикой наиболее популярных методов гастростомии в настоящее время.

Способ Витцеля (Witzel O., 1891). Из трансректального доступа, чаще слева, вскрывают брюшную полость. Выбирают наиболее подвижную переднюю стенку желудка. Резиновую трубку кладут несколько наискось от большой кривизны желудка к малой, концом в направлении к привратнику. Трубку погружают в канал стенки желудка серозно-мышечными швами на протяжении 4-5 см. Отступая на 2-3 см от последнего шва к малой кривизне, накладывают полукисетный шов. В борозде между трубкой и полукисетным швом скальпелем рассекают желудочную стенку на протяжении 1 см и через это отверстие в просвет желудка погружают остальную часть резиновой трубки. Затем накладывают второй ряд серозно-мышечных швов. Таким образом, в стенке желудка создается канал, выстланный серозной оболочкой, косо проходящий и плотно охватывающий трубку.

Трубку фиксируют кетгутовым швом к верхнему концу стенки канала. Последнюю вблизи выхода трубки пришивают по всей периферии к брюшине и к задней стенке влагалища прямой мышцы живота. По мнению Витцеля, при операции по его методу на желудочном свище образуется клапан, препятствующий обратному вытеканию желудочного содержимого.

Метод гастростомии по Витцелю вскоре завоевал большую популярность, но на смену первым хорошим результатам пришли и разочарования, связанные с возникновением различных осложнений, что побудило ряд авторов внести различные изменения в методику гастростомии по Витцелю.

Наиболее рациональное предложение было сделано Gernez и Но-Дас-Ди (1930); они вводили трубку в желудок через внутреннее отверстие канала, расположенного в проксимальном отделе желудка. При этих условиях конец трубки находится над жидким содержимым, что, по мнению авторов, является главной причиной удержания желудочного содержимого.

В 1894 году Stamm M. предложил методику гастростомии с образованием прямого канала. Из передней стенки желудка формируется конус, у основания которого накладывается кисетный шов, через разрез в просвет желудка вводится трубка. Далее трубка инвагинируется в кисетный шов вместе с желудочной стенкой. Желудок подшивается к брюшине и, кроме того, дополнительно фиксируется прошиванием концами нити кисетного шва через всю толщу брюшной стенки. Рана брюшной стенки ушивается до трубки. Методика Stamm M. впервые на человеке была выполнена Senn E. (1896). При способе Stamm-Senn канал свища выстлан тканями брюшной стенки и поэтому при выпадении трубки он быстро закрывается.

Гастростомия по Kader В. (1896) заключается в том, что с целью образования прямого канала применяется внедрение желудочной стенки путем наложения ламбертовских швов по два с каждой стороны трубки. Внедрение становится полным после наложения второго ряда таких же швов.

Гастростомии по Stamm-Senn-Kader и ее модификации существенно не отличаются от способа Witzel и имеют те же недостатки, а именно — необходимость постоянного ношения трубки в свище, возможность ее выпадения с последующим быстрым закрытием стомы, частое нарушение герметизма свища. Со временем косой канал свища превращается в прямой, подтеканием желудочного содержимого и мацерацией кожи вокруг стомы. Для кормления применяют трубки небольшого диаметра, что не позволяет давать больному крупнодисперсную пищу.

Создание подобия клапанных механизмов чаще оказывается ненадежным. Положительными сторонами данного типа гастростомий является сравнительная простота выполнения и отсутствие необходимости оперативного закрытия стомы.

Способ Топровера Г.С. (1934). Трансректальный разрез слева, извлекается конус передней стенки желудка и берется в швы-держалки. Через 1,5 см накладываются 3 кисетных серозно-мышечных шва. Верхушку желудочного конуса вскрывают, через разрез вводят резиновую трубку так, чтобы конец ее был ниже последнего кисетного шва. Кисетные швы натягивают и завязывают. Гофрированный желудочный конус погружают в брюшную полость. Париетальную брюшину операционной раны подшивают к боковой поверхности верхнего отдела конуса. Резиновую трубку удаляют. Операционную рану послойно ушивают до желудочного конуса. Края желудочного свища на верхушке конуса подшивают к коже в верхнем углу операционной раны. Для кормления больного в свищ вводится трубка меньшего диаметра, чем до операции.

Лурье А.С. (1975) несколько изменил способ Топровера Г.С.; для формирования свища использовал обе стенки желудка (переднюю и заднюю) путем мобилизации правой желудочной-сальниковой артерии почти до нижнего полюса селезенки с наложением 3 кисетных швов. Автор оперировал 127 больных и отмечал подтекание желудочного содержимого после кормления у 1/3 больных.

Юхтин В.И. (1955) предложил новую модификацию гастростомии с мышечно-апоневротическим жомом. Трансректальным разрезом слева рассекают кожу, подкожную клетчатку, обнажают влагалище прямой мышцы живота. Из апоневроза и самой прямой

мышцы живота выкраивают два продольных лоскута длиной 6-7 см и шириной 1,5-2 см без пересечения ножек. После отведения в стороны лоскутов рассекают заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота, поперечную фасцию и вскрывают брюшную полость. Затем выводят желудок в рану и формируют конус из передней стенки желудка путем наложения двух кисетных швов. Гофрированный конус протягивается через левую прямую мышцу живота, и его основание подшивается к брюшине. Два продольных мышечно-апоневротических лоскута перемещают перекрестным путем. Наружные края мышечно-апоневротических лоскутов сшивают отдельными узловыми шелковыми швами с краями апоневроза оставшейся передней стенки влагалища прямой мышц, а внутренние края фиксируют к желудочному конусу с захватыванием верхнего кисетного шва. Таким образом, образуется мышечно-апоневротический жом в виде кольца, плотно охватывающего верхушку желудочного конуса. В конце операции формируется губовидный свищ. Швы на апоневроз и кожу.

Терентьев В.А. (1983) приводит результаты 24 гастростомий по методу Юхтина В.И.; у 3 больных наблюдали недостаточность гастростомы.

По данным отечественной и зарубежной литературы хирурги отдают предпочтение трубчатой гастростоме, выкраиваемой из передней стенки желудка (Пирогов А.И., 1983; Егоров Д.И., 1993; Rosado I., 1983), или из большой кривизны желудка (Галустов В.Д., 1978; Жерлов Г.К., 1997; Streicher H.I., 1989).

В 1901 году Dérage A. предложил идею формирования гастростомы из передней стенки желудка. Усовершенствованную методику гастростомы из передней стенки описал в 1929 году Spivack I.

Брюшную полость вскрывают левосторонним трансректальным доступом. В рану выводят желудок, на передней стенке которого ближе к кардии выкраивается четырехугольной формы лоскут U-образным разрезом, проходящим через серозную и мышечные оболочки (до слизистой) между большой и малой кривизной. Основание лоскута обращено к малой кривизне, а свободный край — к большой кривизне. Длина лоскута — 5 см, а ширина — 2,5 см. Далее по длине лоскута на протяжении 1/3, начиная от основания его, формируют складку серозно-мышечными швами на закрытом зажимом Кохера или Пеана. После этого по направлению разреза серозно-мышечной оболочки разрезают слизистую оболочку и таким образом вскрывают просвет желудка. Затем весь серозно-мышечный лоскут с образованной ранее складкой из основания его отводят вверх и

свертывают в трубку в виде желоба. При этом складка лоскута образует у основания трубки подобие муфты, которая препятствует обратному вытеканию желудочного содержимого. Формирование трубки производят сшиванием боковых сторон лоскута непрерывным швом, который с трубки продолжают по прямой линии на дефект передней стенки желудка для ликвидации его. Образованную таким образом трубку из передней стенки желудка вшивают за серозно-мышечный слой в брюшную стенку по линии разреза и выводят на кожу в виде губовидного свища.

Rosado I., Jilsdorf M. (1983) по подобной методике оперировали 23 больных, у 2 из них развился некроз стомы.

В 1905 году Beck C. и Carrell A. предложили выкраивать антиперистальтический, а 1912 году Jianu A. — изоперистальтический стебель из передней и задней стенок желудка по большой кривизне. Свободный конец трубки вшивается в переднюю брюшную стенку.

Однако долгое время гастростомия по Beck-Jianu не находила широкого применения из-за сложности и длительности создания гастростомической трубки.

Функциональные качества гастростомического стебля, выкраиваемого из стенок желудка, не безупречны. Они не всегда предупреждают истечение желудочного содержимого на переднюю брюшную стенку.

Для предупреждения истечения желудочного содержимого Галустов В.Д. (1978) дополнительно накладывал в области угла основания трубки 3-4 шва. Это, по мнению автора, создает запирательный аппарат, подобный кардиальному, обусловленному наличием острого угла Гиса.

Айдаров Р.А. (1974) после формирования трубки производил инвагинацию ее основания в просвет желудка.

Оригинальная методика жомно-клапанной гастростомы предложена Жерловым Г.К. (1997). Под эндотрахеальным наркозом производится верхне-срединная лапаротомия. В рану выводится желудок.

Ориентиром для начала выкраивания трубки служит область анастомозирования правой и левой желудочно-сальниковой артерии. В этом месте производится мобилизация желудка на протяжении 2-3 см. Затем накладывают четыре держалки: первая — в области мобилизации желудка; вторая — отступя на 2,5 см, напротив первой держалки через обе стенки желудка; третья — на 4-5 см ниже второй, по краю большой кривизны; четвертая — напротив третьей, отступя от края большой кривизны желудка на 2,5 см, че-

рез обе стенки желудка. Рассекают серозно-мышечные оболочки по передней и задней стенкам желудка между натянутыми держалками, при этом подслизистый слой обнажают до 1-1,5 см. В основании будущей трубки мобилизуют стенку желудка путем перевязки 2 ветвей второго порядка правой желудочно-сальниковой артерии. Аппаратами УКЛ-40 и УО-60 прошивают слизистую оболочку. Слизистые оболочки рассекают между танталовыми швами. Механический шов в области дистального конца трубки (на протяжении 2,5 см) и на желудке укрывают узловыми шелковыми швами. В основании трубки циркулярно рассекают серозно-мышечную оболочку до подслизистого слоя. Пинцетом подтягивают дистальный край рассеченной серозно-мышечной оболочки кверху и скальпелем рассекают соединительно-тканые волокна подслизистого слоя, по всей окружности трубки шириной 10-12 мм, при этом отсепааровывают серозно-мышечную оболочку. Отсепарованную серозно-мышечную оболочку заворачивают кверху и в состоянии умеренного натяжения (как по длине, так и по ширине) по свободному краю подшивают к серозной оболочке трубки, тем самым создают жом. На нижний край жома и нижний край серозно-мышечной оболочки трубки накладываются 4-6 узловых шва. Инвагинация слизистого цилиндра в просвет желудка производится завязыванием швов и дополнительным погружением слизистой оболочки диссектором. Тем самым в основании гастростомы создается жом и слизистый клапан. Сформированную трубку выводят через отдельный разрез в левом подреберье, где формируют губовидный свищ. Рану передней брюшной стенки послойно зашивают наглухо.

По данной методике оперировано 24 больных с кардиоэзофагеальным раком. Возраст больных — от 46 до 77 лет. При поступлении в стационар все больные были истощены, обезвожены, поэтому в предоперационном периоде на протяжении 4-6 суток проводилось лечение, направленное на коррекцию водно-электролитного баланса, белкового обмена и кислотно-щелочного состояния. Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Осложнений, связанных с методикой операции, не было. Кормить больных начинали на 1-2 сутки после операции через зонд диаметром 5 мм. Через 3-4 дня через зонд диаметром 8-10 мм вливали до 200 мл бульона и жидкость 3-4 раза в сутки; затем больных переводили на кашицеобразную смесь. На 10-12 сутки больные начинали самостоятельно вводить зонд и питаться. Выписывали больных на 18-28 сутки после операции. Герметичность гастростомы сохранялась у всех больных при наблюдении за ними в срок от 1,5 до 11 месяцев.

Как видно из материала лекции, различные методы гастростомий и их модификации не всегда обладают достаточным герметизмом и не способны удерживать желудочное содержимое, что приводит к мацерации, нагноению, изъязвлениям и другим осложнениям в парастомической области. Данные осложнения, по мнению Юхтина В.И. (1967), приносят еще более тягостные страдания больным нежели само заболевание, по поводу которого была наложена гастростома.

Поэтому для улучшения качества больных с непроходимостью вследствие рака кардиальной области желудка предпочтение должно отдаваться гастростомии с формированием надежного запирательного механизма без постоянного ношения трубки для введения питательных смесей.

Еюностомия

Показанием к наложению еюностомии служит обширное поражение желудка с нарушением проходимости и невозможности наложить гастроэнтероанастомоз или гастростому.

Французский хирург Рено в 1772 г. впервые применил кишечный свищ при лечении кишечной непроходимости на почве ущемленной грыжи. Сформированная стома разгружала кишечник, но приносила больному дополнительные страдания, так как кишечное содержимое, при истечении на переднюю брюшную стенку, вызывало ее мацерацию и изъязвление.

Первая подвесная еюностомия была выполнена Gould P. (1885); это было связано с лечением больных раком желудка. Основанием для наложения еюностомы послужила для Gould P. большая послеоперационная летальность (73%) после наложения обходных гастроэнтероанастомозов.

В России еюностомия была впервые наложена Петровым Б.А. в 1935 году, при этом была применена методика Ричардсона.

Методика еюностомии по Ричардсону: отступая от трейцевой связки на 35-40 см, через небольшой прокол стенки кишки в ее просвет вводили тонкую дренажную трубку, которая фиксировалась затем в стенке кишки кисетным швом. Свободный конец трубки выводили через дополнительный разрез на переднюю брюшную стенку. Дренажная трубка фиксировалась к краю кожи шелком.

Юдин С.С. (1954) широко пропагандировал подвесную еюностомию по Ричардсону; он применял ее с целью подготовки ослабленных больных к радикальной операции. При этом в данную методику он внес дополнение; фиксацию трубки к коже стали осу-

ществлять с помощью резиновой манжетки. Операция получила название подвесной еюностомии по Юдину С.С.

В 1894 г. Stamm M., а затем в 1896 г. Kader B. предложили методики наложения трубчатого свища на тощую кишку, принципиально не отличающуюся от наложения трубчатого свища на желудок. Данные методики мало чем отличаются друг от друга и поэтому носят название еюностомии по Штамму-Кадеру.

Методика выполнения еюностомии следующая. Из трансректального разреза слева и выше пупка производится лапаротомия. На наиболее подвижную петлю тощей кишки, вблизи связки Трейца, через небольшой прокол противобрыжеечного края кишки в ее просвет по ходу на 10-15 см проводится тонкий катетер и фиксируется двумя кисетными швами. Необходимым элементом метода является образование инвагината кишки, что достигается наложением двух кисетных швов. Кисетные швы накладываются с таким расчетом, чтобы созданный инвагинат не мог перекрыть просвет кишечной трубки. Наружный конец катетера выводят через небольшой прокол брюшной стенки левее разреза, кишку подшивают к париетальной брюшине отдельными швами вокруг катетера.

Barber H.W.J. (1933) указывает на такие осложнения при использовании данных методов, как отхождение кишки от париетальной брюшины, нарушение герметичности стомы и гнойные процессы тканей вокруг стомы. Осложнения эти он связывает с несовершенством конструкции трубчатого свища.

В 1902 году Eiselsberg A. выполнил 2 подвесные еюностомии, для этого использовал принцип «косого канала», предложенный Witzel O. (1891) при гастростомии. Операция выполняется из трансректального разреза слева, чуть выше пупка. В 20-25 см от трейцевой связки, через маленькое отверстие противобрыжеечного края кишки, вводят тонкую дренажную трубку по ходу кишки на 10-15 см. Одним кетгутовым швом трубку фиксируют к краю раны кишки и, путем сшивания двух параллельных складок кишки над резиновой трубкой, создается «косой канал». Кишка несколькими швами вшивается в рану.

Савченко Н.Ф. (1977) приводит данные о 67 операциях по способу Юдина-Эйзельсберга-Витцеля, у 38 больных встретились тяжелые осложнения. Наиболее частым из них явилось нагноение тканей вокруг свища с последующим нарушением его герметичности у 19 больных, у 12 пациентов наблюдалось отхождение кишки от париетальной брюшины. Послеоперационная летальность составила при трубчатых еюностомах 49% из 67 больных, причем непосредственная причина смерти от осложнений еюностомии возникла у 12 больных.

Шкловский Д.Е. (1938) и другие приводят данные о том, что в трубчатых свищах, независимо от метода их наложения, к 7-8 дню после операции трубка становится легко подвижной и может выпасть. Повторное ее введение чревато серьезными осложнениями, так как при этом можно легко оторвать кишечную петлю от париетальной брюшины или сделать ложный ход.

Трубчатые еюностомы, привлекая своей технической простотой, имеют ряд недостатков: постоянное ношение трубки в свище; опасность инфицирования и нагноения стенок свищевого канала вдоль трубки; отхождение кишки от брюшины; нередкое выпадение трубки из свища, а повторное введение возможно лишь при оперативном вмешательстве.

Рядом авторов отдается предпочтение губовидным свищам. Канал губовидного свища выстлан слизистой оболочкой кишки, которая сшивается с кожей, а создание герметизма осуществляется либо выключением кишечной петли, либо формированием различных клапанных устройств.

Основоположником создания губовидных свищей с односторонним выключением кишечной петли является Maydl, который в 1892 году предложил пересекать на расстоянии 30-40 см от связки Трейца тощую кишку, затем ниже места пересечения кишки на 20-30 см анастомозировать приводящую петлю кишки с отводящей петлей по типу «конец в бок». Конец изолированного отрезка кишки вшить в рану брюшной стенки слева от лапаротомной раны.

В 1912 году Mayo-Robson предложил метод еюностомии, который применял при тяжелых язвенных поражениях желудка, ранениях желудка, рубцовых сужениях пищевода и желудка. Методика осуществлялась следующим образом — после лапаротомии кишечная петля, взятая вблизи трейцевой связки, соединялась у основания ее анастомозом «бок в бок». Вершину выключенной петли вшивали в брюшную рану в виде простого свища. Через наружное отверстие стомы в отводящую петлю ниже анастомоза проводили зонд. В ряде случаев просвет кишки вскрывали через 2-3 суток после операции. Выключение пассажа кишечного содержимого по приводящей петле к кишечному свищу осуществлялось наложением лигатуры, перекрывающей просвет кишки.

Поляков М.А. (1985) предложил способ клапанной арефлюксной еюностомы без выкраивания кишечного сегмента с дополнительным соустьем и губовидным свищем.

Способ осуществляется следующим образом: на любом расстоянии от связки Трейца производят непрерывную серозно-мышечную энтеропликацию по мезентериальному краю двух петель

кишки на расстоянии 10-12 см. Синтетическую трубку диаметром 10-15 см с тремя широкими отверстиями на конце фиксируют по мезентериальному краю «двухстволки» на 1 см выше отводящей петли «пищеприемника». До вскрытия просвета «пищеприемника» в асептических условиях от его купола путем двухрядной непрерывной серозно-мышечной энтеропликации двух петель кишок вокруг толстой трубки на протяжении 3,5 см создают серозно-мышечный канал — «тоннель» — чернильницу-непроливайку». Трубку фиксируют дополнительным капроновым швом к задней стенке «пищеприемника». Далее электроножом по брыжеечному краю «двухстволки» формируют «пищеприемник» длиной до 9,5 см. Затем ушивают переднюю стенку «пищеприемника» двухрядным серозно-мышечным швом до отводящей петли. Дополнительным П-образным швом отводящую петлю «пищеприемника» фиксируют к приводящей петле.

Через дополнительный трансректальный разрез выше пупка выводят наружу купол арефлюксной муфты. Еюностому подшивают отдельными капроновыми швами к брюшине, апоневрозу и коже.

Различные заслонки, инвагинаты, клапаны на выключенной петле не всегда обладают надежным герметизмом, так со временем просвет кишки в области инвагината восстанавливается, нити прорезываются, при перетягивании кишечной трубки возникают некрозы выключенного отрезка кишки.

Оригинальную методику арефлюксной еюностомии предложил в 1989 году Жерлов Г.К.

Выполняется верхняя срединная лапаротомия. Дистальнее связки Трейца на 15 см мобилизуется тощая кишка по Ру. Отступив от дистального конца кишки на 12-15 см, накладывается межкишечный анастомоз по типу «конец в бок». Ушивается окно в брыжейке. Отступив от свободного конца кишки на 3-4 см (в зависимости от толщины передней брюшной стенки), пристеночно лигируются 3 брыжеечных сосуда. На середине мобилизованного участка кишки циркулярно рассекается серозно-мышечная оболочка. Выше и ниже этого разреза на 15-20 мм производится еще 2 разреза серозно-мышечной оболочки кишки. При этом разрез, начинаясь от брыжеечного края и отступив от него на 2-3 мм, идет, расширяясь, к противобрыжеечному краю кишки. Разрез описывает фигуру типа «эллипс».

Это позволяет при формировании клапана не сузить просвет кишки в основании клапана и удлинить его за счет противобрыжеечного края кишки. А неполное пересечение в области брыжеечного края серозно-мышечной оболочки позволяет сохранить дос-

таточное кровоснабжение стенки кишки. Затем накладываются 4-6 узловых швов на верхний и нижний края рассеченной серозно-мышечной оболочки. Поочередным завязыванием швов и дополнительным погружением стенки кишки диссектором образуется клапан.

Тем самым создается инвагинационный клапан, внутреннее отверстие которого постоянно закрыто.

Через дополнительный разрез в левой мезогастральной области формируется губовидный свищ. Рану передней брюшной стенки зашивают наглухо.

По разработанной методике еюностомы оперировано 39 больных. Показанием к наложению еюностомы был распространенный рак желудка, не позволяющий использование желудка в качестве органа по приему пищи.

Кормление больных начинали на 2-3 сутки после операции. Через зонд диаметром 5 мм вливали в стому до 200 мл различных жидкостей и бульоны 3-4 раза в сутки. На 5-6 сутки кормление осуществляли зондом диаметром 10-12 мм и переходили на среднедисперсную пищу, состоящую из супов, протертых овощей, фруктов, варенного фарша, каши (из различных круп), мелко нарезанного варенного мяса, компоты, кисель. Через 2 недели после операции больные начинали самостоятельно вводить трубку и питаться без посторонней помощи. Из стационара больных выписывали на 18 — 22 сутки после операции. Осложнений связанных с кормлением больных не было, во все сроки наблюдения за больными, клапанная еюностома предотвращала истечение кишечного содержимого на переднюю брюшную стенку.

Таким образом, при обтурирующих нерезектабельных опухолях желудка могут производиться различные паллиативные операции, направленные на восстановление пассажа пищи, характер которых определяется уровнем непроходимости, распространенностью опухоли и общим состоянием больного. При дистальных опухолях желудка операцией выбора является гастрозентеростомия и в некоторых случаях паллиативная резекция желудка. При обтурации кардии у сохранных больных следует стремиться выполнить обходные соустья между пищеводом и желудком или тонкой кишкой. При обтурации кардии у ослабленных больных следует стремиться к выполнению жомно-клапанной гастростомии. Арефлюксная еюностомия должна выполняться при обтурирующих опухолях, распространяющихся на весь желудок. Бужирование и интубация кардиальных опухолей допустимы лишь при категорическом отказе больных от гастростомии и невыполнимости других операций.

Подводя итог лекции можно отметить, что паллиативные операции при раке желудка продолжают находить широкое применение, нередко облегчая последние дни обреченных больных. Это оправдывает поиски в данном направлении, и даже небольшие достижения в этом разделе хирургии заслуживают самого пристального внимания.

II.4.5. ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Колоректальному раку, как и любым другим злокачественным опухолям внутренних локализаций свойственен высокий процент запущенности. От 22 до 39% больных уже на этапе установления диагноза рака толстой кишки имеют отдаленные метастазы. Высок процент и местно-распространенных опухолей. Радикальные операции на толстом кишечнике выполняются лишь у 50-70% больных, от числа подвергающихся хирургическим вмешательствам, из которых, лишь у 33% опухоль не выходит за пределы кишечной стенки и отсутствуют метастазы в регионарные лимфатические узлы. Кроме этого, при колоректальном раке как опухоли поражающей, в основном, старшие возрастные группы, относительно велик процент так называемых «функционально-неоперабельных» больных. Все это ведет к тому, что от общего количества впервые взятых на учет больных радикально удастся прооперировать не более 40% больных, причем этот «высокий» процент скорее отражает ситуацию в относительно благополучных регионах. А в целом, радикальное лечение проводится не более чем у 1/3 больных раком толстой кишки.

Это связано с поздней обращаемостью больных раком толстой кишки за медицинской помощью, с объективными трудностями диагностики, с относительным увеличением числа больных раком пожилого и старческого возраста и, для нашей страны, с ухудшением социально-экономического положения.

В этой связи, достаточно актуальным остается вопрос о выборе методов лечения вообще и, если это необходимо, вида хирургического вмешательства у больных с распространенным раком ободочной и прямой кишки, не подлежащих радикальному хирургическому лечению. К сожалению почти половина всех, впервые взятых на учет, больных получают лишь симптоматическое лечение. Так как основным методом лечения больных раком толстой киш-

ки, по-прежнему, остается хирургический, то другой половине больных предпринимаются попытки проведения такого лечения. Среди больных подвергающихся хирургическому лечению процент паллиативных хирургических вмешательств колеблется от 10% до 40%.

Здесь необходимо подробнее остановиться на самом понятии «паллиативная операция». Под таковой, по нашему мнению, следует понимать хирургическое вмешательство изначально не преследующее цели полного избавления больного от опухоли. Причиной этого может быть не только значительная распространенность опухоли (как местная, так и отдаленная), но и «функциональная» неоперабельность пациента, а также трудности организационно-технического плана (отсутствие подготовленных кадров или соответствующего материально-технического обеспечения).

Все паллиативные операции можно разделить на паллиативные хирургические пособия (по мнению ряда онкологов следует называть паллиативными симптоматическими операциями, ввиду того, что они лишь устраняют симптомы осложненного рака толстой кишки) в виде формирования проксимальных разгрузочных стом, обходных анастомозов и различных способов реканализации стенозирующих опухолей (в основном дистальных локализаций) и паллиативные резекции. Последние в свою очередь можно разделить на операции, предусматривающие удаление только первичного очага; операции, предусматривающие удаление только отдаленных метастазов; комбинированные паллиативные резекции, предусматривающие удаление и первичного очага и одиночных отдаленных метастазов; комбинированные палиативные резекции при местно-распространенных опухолях.

Пожалуй, отдельно стоит рассматривать так называемые циторедуктивные операции, выполняемые при диссеминированных по брюшной полости опухолях. Но необходимо отметить, что на настоящий момент четкого определения понятия «циторедуктивное вмешательство» не существует и зачастую к таковым относят все комбинированные паллиативные резекции. Также отдельно необходимо рассматривать паллиативное экономное удаление опухолей, как правило дистальных локализаций у больных, не способных перенести оперативное вмешательство в радикальном объеме.

Целями паллиативного хирургического лечения больных раком толстой кишки (впрочем как и опухолей других локализаций) является, по крайней мере, улучшение состояния больных за счет ликвидации или уменьшения степени выраженности осложнений опухолевого процесса и, как следствие — повышение качества

жизни. В большинстве случаев при этом удается добиться, в той или иной степени, увеличения продолжительности жизни.

Чаще всего (примерно у 3/4 пациентов) паллиативное вмешательство выполняется в минимальном объеме — выключение тем или иным способом (стома или обходной анастомоз) из пассажа каловых масс участка толстой кишки, пораженного опухолью.

Кишечные стомы, как правило, накладываются на подвижные, имеющие собственную брыжейку участки кишечника: илеостома, трансверзостома и сигмостома, хотя теоретически колостома может быть сформирована на любом участке ободочной кишки. Но необходимо отметить, что наложение цекостомы в настоящее время признается нецелесообразным большинством хирургов по ряду причин. Прежде всего, пристеночно накладываемая цекостома не препятствует попаданию кишечного содержимого в дистальные отделы кишечника и, таким образом, не может адекватно их разгрузить. Кроме того, по ней отделяется практически тонкокишечное содержимое, что при колостоме, наложенной на уровне кожи, неизбежно ведет к развитию периколостомических осложнений. Таким образом, при опухолях правой половины ободочной кишки более адекватным является формирование илеостомы, которая накладывается с выведением петли подвздошной кишки над уровнем кожи минимум на 6-7 см, что позволяет адекватно улавливать жидкое кишечное содержимое.

Формирование колостомы на мезоперитонеально расположенных участках ободочной кишки, хотя чаще всего технически возможно, но зачастую неприемлемо виду тяжести состояния пациентов, так как требует довольно-таки обширной мобилизации кишечника, практически в таком же объеме, как и при резекции (разве, что без пересечения сосудов).

Относительно технических аспектов формирования стом существуют различные взгляды.

В специальных монографиях и руководствах приводится множество классификаций колостом, разделяемых по самым разнообразным классифицирующим признакам. Но из всего многообразия толстокишечных стом можно выделить следующие: одноствольные, двухствольные (которые могут быть как раздельными так и петлевыми, т.е. наложенными на одну петлю) и пристеночные. Еще 30 лет назад Савчик А.Б. (1971) указывал на существование около 150 способов формирования колостом и список их постоянно расширялся. Но, в конечном итоге все это многообразие сводится к двум существенным моментам (если не рассматривать довольно-таки сложные в техническом плане способы создания резервуарных, «накопительных» стом, что неприемлемо для тяже-

лых больных с распространенным раком толстой кишки, которым возможно лишь формирование разгрузочной стомы): способ выведения и способ фиксации стомы, адекватный выбор которых во многом определяет успех оперативного вмешательства, как в плане развития ранних, так и поздних послеоперационных параколомических осложнений. А профилактика последних крайне важна у больных, подвергающихся паллиативным вмешательствам, так как страдания, причиняемые основным заболеванием, могут усугубляться осложнениями со стороны неадекватно сформированной колостомы.

Если не учитывать промежностные стомы, и рассматривать колостому в ее традиционном понимании, как искусственно формируемый на передней брюшной стенке толстокишечный свищ, то существует лишь два принципиально отличающихся метода выведения толстой кишки на переднюю брюшную стенку: с формированием прямого канала в мягких тканях передней брюшной стенки и с формированием дополнительных каналов. Причем последнее в основном относится к концевым стомам и соответственно имеет малое отношение к паллиативным стомам.

Способы фиксации выводимой кишки тоже не так уж многообразны, как это может показаться на первый взгляд. Если не принимать во внимание характер шовного материала и вид шва (отдельный или непрерывный, а также их более сложные варианты), то в остальном используют также два основных способа фиксации кишечной петли: к коже и брюшине — одновременно, иногда с лежащими между ними тканями (чаще всего апоневрозом), формируя достаточно узкую зону контакта кишечника с передней брюшной стенкой или широкую зону контакта со всеми слоями передней брюшной стенки, используя при этом различное количество «этажей» кишечных швов.

Первый из указанных вариантов технически прост, но при этом колостома оказывается как бы втянутой ниже уровня кожи, что затрудняет уход за ней и подбор калоприемника. Кроме этого, при формировании колостомы подобным образом в месте фиксации колостомы образуется «слабое место» передней брюшной стенки и, как следствие, создаются предпосылки для специфических параколомических осложнений. Второй вариант позволяет формировать плоскую колостому, удобную для ухода и ношения калоприемника, создает широкую зону контакта кишки с передней брюшной стенкой и, как следствие, дает меньше таких поздних параколомических осложнений как пролапсы и параколомические грыжи. В то же время, фиксация кишки к глубоким структурам передней брюшной стенки, особенно у тучных паци-

ентов, усложняет наложение стомы и может явиться причиной таких осложнений как параколомистические гнойники и свищи. Таким образом, описываемые способы фиксации колостомы не лишены определенных недостатков.

Мы в последнее время отказались от традиционной фиксации стомы к брюшине и апоневрозу, а фиксируем их лишь на уровне кожи. Обязательным условием выполнения такой методики является формирование отверстия в передней брюшной стенке точно по диаметру выводимой кишки, а в случае наличия кишечной непроходимости и предварительная разгрузка выводимого участка кишечника. Отсутствие необходимости фиксации кишки на уровне брюшины и апоневроза облегчает и ускоряет формирование стомы (особенно у тучных больных) и снижает вероятность возникновения параколомистических свищей и ряда других осложнений.

С паллиативной целью, как правило, накладывается двустольная колостома, и она должна быть сформирована так, чтобы предотвратить заброс кишечного содержимого в отводящую петлю, что достигается формированием шпоры из задней стенки кишечной петли. Кроме этого существуют рекомендации дополнительно суживать отводящее отверстие колостомы, что по замыслу авторов должно еще больше уменьшать вероятность заброса каловых масс в отводящую петлю.

Как уже упоминалось другим видом паллиативного хирургического пособия при раке толстой кишки является формирование обходного анастомоза. Идея формирования обходного пути для кишечного содержимого была высказана Maisonneuve в 1852 году. Впервые в клинике межкишечный анастомоз наложил Hacker в 1887 году, а применил илеосигмоанастомоз и обходной толстокишечный анастомоз при раке толстой кишки Trendelenburg в 1890 году.

Основными вариантами обходных анастомозов, формируемых при паллиативном хирургическом лечении колоректального рака, являются илеотрансверзо-, илеосигмо-, трансверзосигмо- и сигмосигмоанастомозы, то есть для формирования межкишечного соустья также используются отделы ободочной кишки, имеющие брыжейку. В ряде случаев при опухолях высоко расположенного селезеночного изгиба ободочной кишки более целесообразно бывает сформировать трансверзодесцендоанастомоз, дабы выключать из пассажа каловых масс меньший участок ободочной кишки. Последнее правило имеет общий характер. Так, допустим, илеосигмоанастомоз должен накладываться лишь в тех случаях, когда невозможно формирование илеотрансверзоанастомоза.

Что касается тонкотолстокишечных анастомозов, то основным противопоказанием к их формированию является перитонит. В связи с этим данные варианты обходных анастомозов используются чаще других. Для толстотолстокишечных анастомозов следующим, пожалуй, основным препятствием является наличие неразрешившейся кишечной непроходимости. А так как нарушение пассажа каловых масс по кишечнику является одним из главных клинических проявлений рака левой половины ободочной кишки, условия для формирования толстотолстокишечных анастомозов создаются гораздо реже.

Относительно самой методики формирования межкишечного соустья подходы могут несколько различаться: поперечное, косое или продольное рассечение кишечной стенки; однорядный, двухрядный ручной или механический шов и т. д. Но при этом необходимо соблюдать ряд условий: достаточная ширина просвета анастомоза (анастомоз должен быть такой ширины, чтобы с учетом его последующего рубцевания конечный диаметр был не меньше ширины просвета данного отдела кишечника) и высокая надежность (выше перечисленные: однорядный, двухрядный ручной и механический швы при их грамотном применении обладают достаточной надежностью, в то время как ранее широко распространенный трехрядный шов, безусловно, ухудшает питание кишечной стенки в зоне анастомоза и, таким образом, повышает риск его несостоятельности).

С появлением видеолапароскопических технологий появилась возможность формировать разгрузочные стомы и обходные анастомозы без выполнения более или менее широкой лапаротомии. И ранее осуществлялись попытки выполнения вышеуказанных паллиативных хирургических пособий из минилапаротомного доступа. Но отсутствие при этом возможности полноценной ревизии органов брюшной полости в ряде случаев вело к недооценке степени распространенности опухолевого процесса, нераспознаванию его осложнений, сопутствующей патологии и, как следствие, к возникновению, иногда фатальных, послеоперационных осложнений. Современные видеолапароскопические технологии позволяют решить эту проблему — совмещения минимальной инвазивности процедуры с возможностью достаточно полной оценки распространенности опухолевого процесса и состояния органов брюшной полости. Таким образом, в настоящее время при отсутствии особых противопоказаний формирование разгрузочных стом и обходных анастомозов с использованием видеолапароскопических технологий является предпочтительным. К противопоказаниям же относятся: перитонит, декомпенсиро-

ванная кишечная непроходимость, перенесенные ранее операции на органах брюшной полости, тяжелые сердечная и легочная недостаточность, крайние степени ожирения. Хотя к абсолютным противопоказаниям, пожалуй, относится лишь наличие перитонита. Так накопление опыта и использование специальных троакарров, позволяющих входить в брюшную полость под визуальным контролем, позволяет оперировать в условиях кишечной непроходимости и наличия спаечного процесса. Фактор избыточной массы также нивелируется с накоплением опыта. А применение безгазовой лапароскопии позволяет выполнять данные вмешательства и при наличии выраженной сердечно-легочной недостаточности.

Реканализация стенозирующих опухолей толстой кишки — относительно редко выполняемое паллиативное хирургическое вмешательство. Это отчасти связано с субъективными факторами: представления о чрезмерной сложности процедуры и высоком риске перфорации кишечника, «неэстетичности» процедуры (после восстановления хотя бы минимального просвета поле зрения тут же закрывают поступающие из расположенных выше стенозированного участка отделов кишечника каловые массы, затрудняющие дальнейшие манипуляции). Кроме этого необходимо специальное оборудование: как правило, реканализация опухоли осуществляется лазером высокой мощности.

Тогда как нарушение кишечной проходимости в зоне опухоли является прямым показанием к данной процедуре (в случае невозможности проведения радикального лечения), другие осложнения опухолевого процесса, такие как: перфорация, кровотечение, перифокальное воспаление являются противопоказаниями к данной процедуре. Кроме того, препятствует проведению реканализации значительная протяженность опухоли.

Тем не менее, в тех случаях, когда реканализация показана, она должна рассматриваться в качестве метода выбора. Это связано с тем, что в основном реканализации подвергаются опухоли прямой кишки и альтернативным паллиативным пособием в данном случае может быть лишь колостомия, по сравнению с которой (даже при ее выполнении с использованием лапароскопических технологий) реканализация выступает как менее инвазивная процедура и к тому же позволяющая избежать формирования наружного кишечного свища, что, безусловно, повышает качество жизни данных пациентов.

Паллиативные экономные резекции выполняются, как правило, в качестве вынужденной меры и в основном при раке дистальных отделов прямой кишки у соматически ослабленных паци-

ентов, которым радикальное вмешательство не может быть выполнено в силу тяжести их общего состояния. К подобным вмешательствам можно отнести: типичную трансанальную резекцию прямой кишки, циркулярную трансанальную резекцию прямой кишки (оба вмешательства при надсфинктерных опухолях) и секторальную резекцию прямой кишки — при вовлечении в опухолевый процесс запирающего аппарата. Как правило, подобные вмешательства дополняются лучевым или химиолучевым лечением.

Другой разновидностью паллиативных хирургических вмешательств при раке толстой кишки являются паллиативные резекции, под которыми подразумевают вмешательства, сходные по объему с радикальными, но не позволяющие (в силу значительной распространенности опухолевого процесса, наличия неудаленных опухолевых элементов) рассчитывать на избавление пациента от опухоли. Хотя, если строго подходить к терминологии, то необходимо говорить о паллиативных резекциях, экстирпациях и гемиколэктомиях.

Операции такого объема обладают заметными преимуществами перед вышеописанными видами паллиативных хирургических вмешательств. Так, удаление первичной опухоли толстой кишки избавляет больного от разнообразных осложнений опухолевого процесса, повышает качество жизни. А удаление кровотокающей или перфорировавшей опухоли (даже при наличии отдаленных метастазов) спасает больного от смертельного осложнения. При этом может ликвидироваться болевой синдром, связанный не только с наличием кишечной непроходимости или перифокального воспаления, но и с давлением опухоли на соседние структуры. Удаление основной опухолевой массы может способствовать уменьшению опухолевой интоксикации и тем самым улучшить общее состояние больного. Кроме того, удаление первичной опухоли создает предпосылки для использования других видов специального лечения: химиотерапии, лучевого лечения, повышая чувствительность к ним оставшихся опухолевых клеток и резистентность организма к лучевым нагрузкам и к токсическому воздействию различных химиопрепаратов. Все это ведет к увеличению в 1,5-3 раза продолжительности жизни больных, перенесших паллиативные резекции по сравнению с больными, которым выполнены те или иные паллиативные хирургические пособия.

Большинство авторов, основываясь на удовлетворительных ближайших и отдаленных результатах лечения, в последние годы расширяют показания к выполнению паллиативных хирургичес-

ких вмешательств при распространенном раке толстой кишки. Хотя существует и противоположное мнение: паллиативные вмешательства в объеме резекции более чем в два раза увеличивают частоту послеоперационных осложнений с метастатическим колоректальным раком по сравнению с результатами лечения больных, подвергнутых радикальным операциям. Правда, большинство отрицательных отзывов о паллиативных резекциях сделаны двадцать и более лет назад. За последние же годы существенно вперед продвинулась анестезиологическая служба, отработана техника оперативных вмешательств на толстом кишечнике и ведение послеоперационного периода у данной категории больных, что позволило существенно снизить летальности и количество послеоперационных осложнений при операциях на толстом кишечнике, как радикального, так и паллиативного характера. Причем между радикальными и паллиативными резекциями в настоящее время существенных различий по этим показателям нет. Мало того, невозможность полного устранения причины осложнений рака толстой кишки при выполнении вмешательства в объеме паллиативного пособия приводит к тому, что при них в настоящее время летальность и количество послеоперационных осложнений оказывается даже выше, чем при выполнении паллиативных резекций.

Но в то же время, отработанность операций и ведения послеоперационного периода, а, как следствие, значительное снижение операционного риска позволяют в настоящее время при выполнении паллиативных резекций большее внимание уделять их функциональности. Так, при учете показаний и противопоказаний паллиативные резекции ободочной кишки, завершающиеся восстановлением непрерывности кишечной трубки, не представляются более рискованными, чем обструктивные вмешательства. При раке прямой кишки, при прочих равных условиях, также оправдано стремление к выполнению сфинктеросохраняющих вмешательств.

Нами была проанализирована судьба больных IV стадией рака толстой кишки (см. таблицу II.4.5.1).

Из таблицы видно, что выживаемость больных с распространенным раком толстой кишки, установленным при эксплоративном вмешательстве крайне низка — лишь 3,5% переживают двухлетний срок, и ни один больной не дожил до трех лет. Выживаемость больных после выполнения паллиативных хирургических пособий (разгрузочные стомы и обходные анастомозы) примерно одинакова, что и естественно, так как в обоих случаях сама опухоль не подвергается какому-либо воздействию. Кроме того, нало-

Таблица II.4.5.1

**Выживаемость больных раком толстой кишки IV стадии,
подвергнутых различным хирургическим вмешательствам**

Вид лечения	Выживаемость				
	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет
Паллиативные резекции	68,3%	40,8%	23,4%	11,1%	9,1%
Стомы	24,0%	7,7%	2,7%	1,6%	1,4%
Анастомозы	19,4%	6,9%	2,8%	1,5%	0
Эксплоративные вмешательства	12,3%	3,5%	0	0	0

жение разгрузочных стом и формирование обходных анастомозов достоверно увеличивает среднюю продолжительность жизни у больных распространенным колоректальным раком до $9,0 \pm 0,6$ и $8,8 \pm 1,1$ месяцев по сравнению с чисто симптоматическим лечением больных, перенесших эксплоративные вмешательства ($6,0 \pm 0,9$ месяцев). То есть, в данном случае нельзя связать увеличение продолжительности после выполнения паллиативных хирургических пособий жизни только с коррекцией осложнений опухолевого процесса, так как больные, перенесшие эксплоративные лапаротомии, не имели таковых.

Таким образом, исключение из пассажа каловых масс пораженного участка толстой кишки, по-видимому, не только способствует коррекции осложнений опухолевого процесса, но и положительным образом сказывается на продолжительности жизни, что позволяет рекомендовать эту процедуру как стандартную (в случае наличия противопоказаний к выполнению паллиативной резекции) при наличии радикально иноперабельного рака толстой кишки, независимо от наличия клиники кишечной непроходимости. Тем более, что современные технологии формирования колостомы и ухода за ней обеспечивают приемлемое качество жизни.

Паллиативные резекции по всем рассматриваемым параметрам (средняя продолжительность жизни, одно-, двух-, трех-, четырех- и пятилетняя выживаемость) превосходят паллиативные хи-

рургические пособия и, тем более, симптоматическое лечение. Кроме того, выполнение паллиативных резекций сопровождалось меньшим количеством послеоперационных осложнений и более низкой послеоперационной летальностью (рис. II.4.5.1; рис. II.4.5.2).

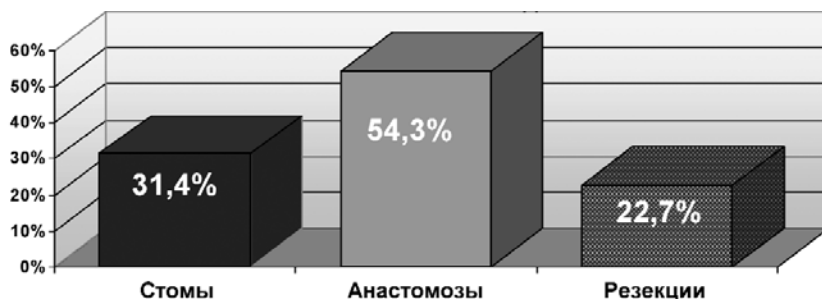


Рис. II.4.5.1. Частота послеоперационных осложнений у больных РТК 4 стадии.

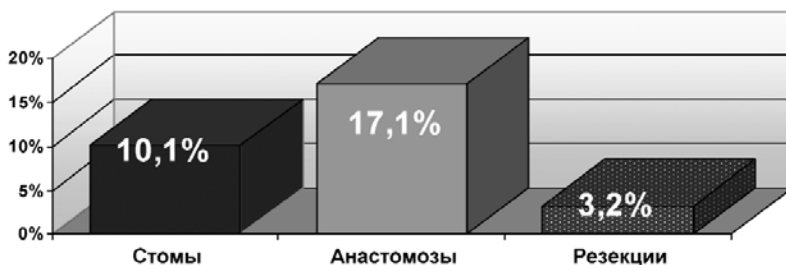


Рис. II.4.5.2. Послеоперационная летальность у больных 4 стадии после различных вмешательств.

Таким образом, паллиативные хирургические вмешательства в объеме резекции толстой кишки все чаще становятся операцией выбора при распространенном колоректальном раке. Но при их выборе все же необходимо учитывать, что они предъявляют большие требования к основным жизненно-важным функциям организма и поэтому не могут быть выполнены у значительно ослабленных пациентов.

В какой-то степени решить последнюю проблему (оперирование соматически ослабленных пациентов) способно внедрение

лапароскопических технологий, в данном случае для выполнения резекционных вмешательств, и именно паллиативного характера.

Лапароскопическая резекция толстого кишечника — относительно новое направление в колоректальной хирургии, но она уже постепенно завоевывает своих сторонников не только при выполнении радикальных, но и паллиативных резекций. Лапароскопическая хирургия рака толстой кишки началась в июне 1990 года, когда Jacobs выполнил правостороннюю гемиколэктомию под лапароскопическим контролем с внебрюшинным наложением анастомоза. В России первая лапароскопическая резекция сигмовидной кишки была выполнена в 1993 году Сажиным В.П. И в настоящее время роль и перспективы развития этой технологии при заболеваниях толстого кишечника оцениваются достаточно высоко. Данный вид малоинвазивного вмешательства оптимален для многих пациентов, так как быстро возвращает кишечник к активности, сокращает пребывание пациентов в стационаре после операции.

Не сомневаясь в возможности выполнения лапароскопической резекции толстого кишечника при доброкачественных заболеваниях, многие авторы ставят под сомнение преимущества выполнения данной операции у больных с колоректальным раком в сравнении с общепринятой открытой операцией. И основными вопросами при выполнении резекций толстой кишки по поводу рака являются: адекватность лапароскопической оценки степени распространенности опухолевого процесса (без широкой лапаротомии и пальпаторной ревизии основных зон регионарного и отдаленного метастазирования), онкологическая адекватность процедуры (т.е. соблюдается ли достаточный радикализм), безопасность (в отношении риска специфических осложнений лапароскопических процедур), риск специфических рецидивов после лапароскопических вмешательств (речь в основном идет о рецидивах в области троакарных портов и в месте извлечения удаленного препарата).

Здесь необходимо отметить, что каким бы методом не выполнялась резекция толстой кишки по поводу рака, она должна включать соблюдение таких онкологических принципов, как удаление опухоли с адекватной резекцией области первичного очага и с выполнением онкологически адекватной лимфаденэктомии. И лапароскопические технологии в данном контексте не могут рассматриваться как новый метод лечения опухолей колоректальной локализации. Они являются лишь новым методом оперирования, позволяющим выполнять операции общепринятого объема, нанося меньшую хирургическую травму пациенту.

Современная лапароскопическая техника, применение лапароскопических ультразвуковых насадок, лапароскопических датчиков радиоактивности, улавливающих излучение радиофармпрепаратов (чаще всего в последнее время на основе моноклональных антител) избирательно тропных к опухоли, позволяют с высокой точностью, превышающей точность пальпаторной ревизии, определять степень распространенности опухолевого процесса и, тем самым планировать более адекватное лечение.

В настоящее время в зарубежных и отечественных публикациях по лапароскопическим операциям на толстом кишечнике рядом авторов проведен сравнительный анализ лапароскопических и открытых операций при колоректальном раке. Отмечается, что лапароскопическая хирургия при колоректальном раке не противоречит онкологическим принципам, также радикальна, как и стандартные вмешательства, и может рассматриваться как альтернатива другим видам хирургического лечения, в том числе и при выполнении паллиативных резекций. Так, средняя длина удаляемого кишечника и количество лимфатических узлов в препарате при лапароскопических и традиционных вмешательствах не отличаются. Мало того, использование при лапароскопических вмешательствах увеличивающей оптики позволяет более тщательно и более щадяще выполнять лимфодиссекцию. Количество же осложнений после лапароскопических вмешательств не больше (а при накоплении опыта становится значительно меньшим), чем после открытых вмешательств.

Лапароскопические операции при колоректальном раке могут быть выполнены в двух модификациях: чисто лапароскопическим способом и комбинированным, при котором мобилизация кишки с опухолью и рассечение брыжейки выполняется лапароскопически, а резекция и наложение анастомоза через минилапаротомный разрез на передней брюшной стенке — по зарубежным источникам *laparoscopic-assisted*.

Одним из положительных моментов при лапароскопической резекции толстого кишечника при колоректальном раке является сокращение сроков пребывания больных в стационаре после операции и более быстрое восстановление функции желудочно-кишечного тракта, меньшая потребность в анальгетиках после операции. 74% пациентов после выполненных лапароскопических операций на толстом кишечнике в послеоперационном периоде соблюдали диету 2 дня, 82% больных на 3-й день после операции имели перистальтику кишечника. По данным Tusker J. et al. (1995), оральное питание возобновлялось в среднем через 2,4 дня после операции (в пределах 1-5 дней). Функция кишечника возобновля-

лась в среднем через 3,8 дней (в пределах 2-8 дней). Продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре составила в среднем 4,2 дня. При сравнении групп после право- и левосторонней гемиколэктомии и сигмоидэктомии пациенты в лапароскопической группе выписываются раньше, чем в группах при открытых и переходных операциях. Через 5 дней после операции в лапароскопической группе выписано 64,4%, в других группах — 4% больных.

Помимо резекционных, в настоящее время все шире начинают применяться реконструктивно-восстановительные вмешательства на толстой кишки (в том числе и у больных с отдаленными метастазами), хотя показания к ним и технология их выполнения не могут еще считаться окончательно разработанными, в связи с чем отбор пациентов для подобных вмешательств должен быть чрезвычайно строгим.

Как отмечалось выше, около трети больных колоректальным раком к моменту установления диагноза уже имеют отдаленные метастазы. При этом, по мнению ряда авторов, объем хирургического вмешательства должен быть минимальным. При обнаружении нескольких метастазов в печень во время операции по поводу колоректального рака одной из рекомендаций является удаление только первичной опухоли без удаления метастазов — то есть выполнение паллиативной резекции. При множественных метастазах или местно-распространенной неудалимой опухоли рекомендуется ограничиться только «симптоматической» операцией с устранением кишечной непроходимости, кровотечения и других осложнений опухоли.

С другой стороны в мировой литературе в последнее время появилось множество работ, касающихся расширения показаний не только для паллиативных резекций первичного очага и увеличения объема вмешательств за счет удаления отдаленных метастазов рака толстой кишки. Расширение показаний к выполнению паллиативных хирургических вмешательств в объеме резекции толстой кишки с удалением метастатических очагов произошло вследствие развития и совершенствования хирургических вмешательств по поводу первичных и метастатических опухолей печени. Хотя как в отечественной, так и в зарубежной литературе остается дискуссионным вопрос о целесообразности выполнения одномоментных хирургических вмешательств по поводу первичного рака толстой кишки и его метастазов.

По данным зарубежных авторов показаниями к резекции печеночных метастазов являются только единичные и/или однолобарные метастазы в печень. Согласно рекомендациям Националь-

ного института рака США (1987), оправданными методиками резекции печени по поводу ее метастатического поражения являются: анатомическая резекция печени (лобэктомия) при множественных метастазах печени или при солитарном метастазе диаметром более 4 см; клиновидные и другие типы сберегательных резекций печени в случае солитарных метастазов в печень диаметром менее 4 см. Таким образом, удалению метастазов в печень подлежат только с унилобарными множественными/солитарными или биллобарными солитарными метастазами менее 4 см в диаметре, которые составляют только около 5% больных метастатическим колоректальным раком.

В последнее время для подобных обширных вмешательств при распространенной злокачественной опухоли был введен специальный термин: циторедуктивная хирургия. Причем акцент делается не на стандартные паллиативные операции типа удаления первичной опухоли и единичных метастазов в печень, а на случаи обширного метастатического поражения (и не только печени) или радикально неудалимой первичной опухоли. Циторедуктивные операции включают в себя обязательное удаление первичной опухоли или ее основной массы с синхронным или метакронным удалением отдаленных метастазов. Главной целью при этом является не «абластичность» вмешательства, а максимально возможная степень уменьшения объема опухолевой ткани в организме, несмотря на диссеминацию опухолевого процесса. Смысл подобных вмешательств состоит в значительно большей эффективности подавления оставшегося минимального солитарного макроскопического объема опухолевой ткани и/или генерализованного микроскопического пула опухолевых клеток в ходе послеоперационной химио-, иммунной и, в какой-то степени, лучевой терапии. Хотя, безусловно, основными из них при диссеминированных опухолях являются методы «системного» лекарственного воздействия. Отсюда и одно из основных условий к внедрению циторедуктивных вмешательств при тех или иных формах злокачественных опухолей — наличие более или менее эффективных лекарственных препаратов. Для колоректального рака таковыми являются препараты на основе фторурацила, оксалиплатин, кампто и препараты на основании моноклональных антител.

В мировой литературе в последние годы появились работы, касающиеся циторедуктивной хирургии при опухолях различных локализаций, и описываются два вида циторедукции: полная и неполная. Под полной циторедукцией подразумевают удаление всей макроскопически видимой опухолевой ткани (как первичной, так и метастатической), под неполной — удаление части

опухоли с оставлением видимой (резидуальной) опухолевой ткани. В своем изначальном виде (т. е. неполная циторедукция) циторедуктивная хирургия признана эффективной при солидных опухолях у детей, лимфомах и опухолях яичника (Wong R.J., DeCosse J.J., 1990). Имеются работы, показывающие эффективность неполной циторедукции при гепатоцеллюлярной карциноме (Lau W.Y. et al., 1994), печеночных метастазах нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта (McEntee G.P. et al., 1990).

Работы, касающиеся полной циторедукции при печеночных метастазах колоректального рака, достаточно многочисленны и показывают эффективность данного подхода, особенно при использовании повторных циторедуктивных вмешательств. 5-летняя выживаемость после удаления метастазов колоректального рака в печень, по данным большинства авторов, составляет порядка 25-40%. Причем имеет значение срок появления метастазов в печень, объем поражения печени, наличие внепеченочных метастазов и тип вмешательства на печени. По данным Патютко Ю.И. (1999) результаты лучше: при метасинхронных метастазах, чем при синхронных; при поражении одной доли, чем при билобарных метастазах; при солитарных метастазах, чем при единичных и множественных; при отсутствии других отдаленных метастазов и при выполнении обширных анатомических резекций печени, чем при экзонейронных атипичных вмешательствах.

Хотя и показано, что лучшие результаты имеют место в тех случаях, когда метастатическая опухоль удалена с захватом визуально неизменной паренхимы печени на расстоянии не менее 1 см от границ опухолевого узла, зачастую вынужденной особенностью подобных операций является их минимальный объем (удаление только метастатических опухолевых масс с минимальным захватом окружающей ткани: край резекции 0-1 см). Это бывает обусловлено выраженной распространенностью опухолевого процесса и общим тяжелым соматическим состоянием подобных больных. При этом предполагается, что у больного в окружающей метастаз ткани остается большое количество опухолевых клеток, а в некоторых случаях — даже незначительные полоски опухолевой ткани.

Имеются работы, касающиеся полных и неполных циторедуктивных вмешательств при колоректальном раке с канцероматозом брюшины (Sugabarker P.H. et al., 1993, 1995; Золотухин С.Э и др., 2000) — с 5-летней выживаемостью до 36% (при локальном канцероматозе); паллиативных операций по удалению отдаленных метастазов в легкие при раке прямой кишки — с 5-летней вы-

живаемостью порядка 20%; головной мозг (Абдулаев М.А., 1992); местно-распространенных опухолях — с 5-летней выживаемостью при резекциях R-1 (микроскопическая остаточная опухоль) 23% и при резекциях R-2 (макроскопическая остаточная опухоль) — 3% (Soreide O., 1997).

Теоретическое обоснование циторедуктивной терапии включает в себя следующие положения:

1. уменьшение опухолевой массы увеличивает чувствительность оставшейся опухоли к химиотерапии и радиационной терапии за счет увеличения пропорции пролиферирующих опухолевых клеток;
2. уменьшение опухолевой антигенемии приводит к уменьшению активности Т-супрессоров и активации иммунного ответа;
3. уменьшение опухолевой массы приводит к уменьшению иммуносупрессорных факторов, вырабатываемых опухолевыми клетками, и, таким образом, к деблокированию иммунной системы;
4. уменьшение опухолевой массы позволяет иммунной системе эффективней подавлять остаточную опухоль.

Гринев М.В. и соавт. (2000), активно разрабатывающие эту проблему, считают, что циторедуктивные операции увеличивают в 2,5-3 раза выживаемость больных с колоректальным раком IV стадии по сравнению с паллиативным удалением только первичной опухоли.

Первые сообщения обнадеживают. Дополнительный оптимизм внушает бурное развитие лекарственных методов лечения злокачественных опухолей. Но окончательное суждение о целесообразности циторедуктивных вмешательств возможно будет вынести лишь по накоплении значительного клинического опыта.

Таким образом, материал, изложенный в данной лекции, показывает, что современная онкопроктология обладает значительным арсеналом хирургических методов паллиативного лечения больных раком толстой кишки, но выбор наиболее адекватного из них для каждого пациента составляет подчас довольно-таки сложную задачу, решить которую можно, лишь достаточно полно представляя возможности и ограничения каждого из методов.

II.4.6. ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ 4 СТАДИИ

Одной из серьезных проблем клинической онкологии является поиск действенной помощи при местнораспространенных опухолях без отдаленного метастазирования, а также рецидивах опухоли. Как правило, у этой категории больных к моменту последнего обращения бывают применены все рутинные методы лечения, включая лучевую терапию, неоднократные операции. Возникает ситуация, когда нет альтернативы выполнения повторной комбинированной обширной операции с удалением вовлеченных в опухолевый процесс тканей. Нередко, возникающий при этом дефект может оказаться несовместимым с жизнью в связи с обнажением жизненноважных структур. Например — обнажение вещества головного мозга при удалении опухоли лицевого скелета. Сдерживающим обстоятельством радикального удаления опухоли в этой ситуации является необходимость немедленного надежного пластического закрытия дефекта, изолирующего головной мозг от инфицированной полости носоглотки.

Несмотря на постоянное совершенствование техники для лучевой терапии, до сих пор встречаются тяжелые осложнения в виде постлучевых фиброзов, язв, остеонекрозов, которые способны серьезно инвалидизировать больных. Перспективы эффективной помощи в подобных случаях авторы видят в хирургическом удалении пораженных тканей с закрытием раны биологически активными аутопластическими тканями, такими как, например, сальник.

Учитывая количество и характер накопившихся проблем в лечении и реабилитации онкологических больных, взоры онкологов были обращены на достижения в смежных медицинских областях.

В настоящее время одним из наиболее передовых, динамично развивающихся методов пластической хирургии является микрохирургическая аутотрансплантация органов и тканей. Это позволяет восстанавливать различные тканевые дефекты независимо от площади, объема и структуры. В состав трансплантата могут быть включены кожа, клетчатка, фасция, мышца, кость и т.д. Однако попытки применения этого метода у онкологических больных выявил ряд особенностей, связанных с характером противоопухолевого лечения. Это характеризуется следующим. Опе-

рация может проходить в неблагоприятных условиях из-за предшествующей предоперационной химиолучевой терапии, что неизбежно сказывается на заживлении ран. Метод оперативного вмешательства должен быть максимально надежен и иметь малую вероятность развития ближайших и отдаленных осложнений, чтобы не возникало препятствий для проведения специального противоопухолевого лечения. И, наконец, операция должна максимально эффективно решать поставленную задачу по реконструкции органа для достижения конечного результата — социальной и трудовой реабилитации больного. Следовательно, актуальна разработка методов реконструктивно-пластических операций с микрохирургической техникой, отвечающих требованиям современной клинической онкологии.

Лечение больных с местно-распространенными злокачественными опухолями социально значимых локализаций является актуальной проблемой современной онкологии.

В МНИОИ им. П.А. Герцена разрабатывается органосохранное и функционально щадящее направление в лечении и реабилитации онкологических больных с использованием метода микрохирургической аутотрансплантации тканей. За период с 1991 по 2001 гг. оперировано 620 больных, из них у 215 пациентов опухоли соответствовали 4 стадии по местной распространенности процесса и по наличию недиагностированных на момент обследования отдаленных метастазов. Обширные опухоли локализовались на голове и шее у 80 больных, в проксимальных отделах пищеварительного тракта (полость рта, ротоглотка, глотка) — 70, в опорно-двигательной системе (туловище и конечности) — 65. Морфологическая структура была представлена как эпителиальными, так и неэпителиальными опухолями. Всем больным при обращении в нашу клинику было рекомендовано только симптоматическое лечение при их удовлетворительном состоянии.

В связи с неэффективностью ранее примененных лучевого и хирургического методов лечения попытка помощи больным заключалась в выполнении обширной операции с формированием дефекта, нередко несовместимого с жизнью (краниоорбитофациальные резекции) или наносящего значительный функциональный ущерб (сегментарные резекции конечностей), включая мультивисцеральные резекции (экстирпация гортани, глотки, пищевода). Во всех случаях выполнялось одномоментное замещение дефекта и функциональное восстановление резецированных структур с использованием различного пластического материала: желудочно-сальниковый лоскут, сегмент кишечника, сальниковый лоскут, различные варианты кожно-мышечных и

кожно-мышечно-костных лоскутов, сосудистые и невральные трансплантаты.

Объединяющим признаком этой группы больных является биологическая характеристика опухолевого процесса, соответствующая 4 стадии. Несмотря на видимое искусственное выделение этой группы, нам представляется целесообразным более подробно осветить ряд вопросов лечения этих больных.

Подобные операции имеют свои тактические и методические особенности. Наибольшую угрозу при удалении обширных опухолей представляет витальное кровотечение. В этом случае, при планировании операции необходима заблаговременная заготовка компонентов крови из расчета условной массы опухоли и обширности раны. Для своевременной компенсации кровопотери целесообразна катетеризация двух центральных вен и артерии. Из периферических сосудов для этой цели подходят лучевая или заднеберцовые артерии. Из специальных хирургических приемов следует отметить предоперационную селективную эмболизацию сосудов опухоли. Для снижения кровоточивости из патологических атоничных сосудов, развитых в окружающей большую опухоль ткани, мы применяем предварительное прошивание на протяжении фрагмента ткани, планируемого к пересечению. При этом каждый последующий шов должен захватывать часть ткани из предыдущего шва, что исключает кровотечение из межшовного промежутка. Следует признать, что традиционная электрокоагуляция не может обеспечить необходимого уровня гемостаза при удалении обширных опухолей. Нам представляется целесообразным применение различных физических факторов: лазеры, плазменные потоки, ультразвуковые колебания.

Каждый из этих факторов уместно применять на определенных этапах операции. Для снижения кровопотери при разрезе кожу и покровные ткани рассекают лазером. Из-за значительных изменений анатомии вокруг гигантской опухоли и фиброза послонная мобилизация тканей трудна. Эту манипуляцию значительно облегчает ультразвуковой скальпель. Обширная раневая поверхность, возникающая после удаления опухоли, способствует значительной диффузной плазмопотере, которую можно уменьшить путем обработки ложа опухоли плазменными потоками. Необходимо добавить, что выполнение операций по удалению многокилограммовых опухолей может протекать с серьезными сдвигами гомеостаза больного, поэтому каждый шаг хирурга должен сопровождаться надежным гемостазом, и надо быть готовым к возможной остановке операции для стабилизации состояния

пациента при помощи методов интенсивной терапии или реанимации. При возникновении подобной ситуации производят тугую тампонаду раны салфетками с антисептиком и их фиксацией кожными провизорными швами. После стабилизации общего состояния возможно продолжение операции.

В связи с обширностью раневых поверхностей в группе больных с местнораспространенными опухолями есть особенности в ведении послеоперационного периода. Они заключаются в усилении общей терапии, включая ежедневные инфузии белковых препаратов и плазмы крови для покрытия катаболических процессов. Местно на раневые поверхности целесообразно применять пленочные повязки (с целью уменьшения плазмопотерь и снижения опасности инфицирования), раннее подключение физиотерапии лазерами и потоками плазмы оксида азота.

Пример. Б-ной Т., 49 лет. Диагноз: остеогенная саркома плеча слева. $T_2N_0M_0$. Морфология: остеогенная саркома с выраженным инфильтративным ростом в мягкие ткани. Анамнез составляет 10 лет, когда на месте травматической гематомы по наружной поверхности верхней трети плеча возникла опухоль (рис. II.4.6.1.a).

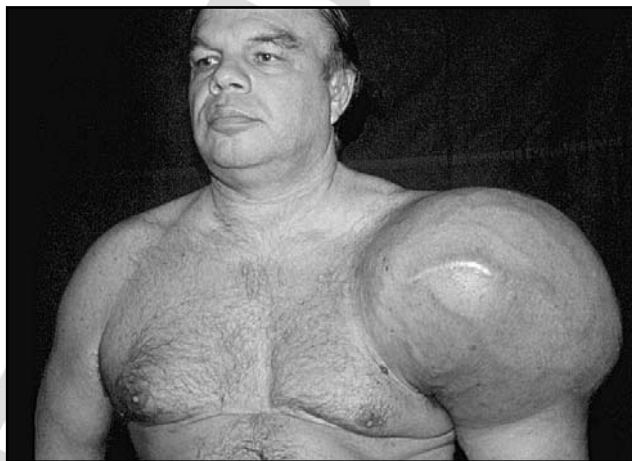


Рис. II.4.6.1a. Б-й Т. Внешний вид пациента в фас. Обширная опухоль левого плеча с деформацией плечевого пояса. Мягкие ткани над опухолью растянуты, напряжены. Видна патологическая венозная сеть.

Последняя медленно увеличивалась в размере. При обращении к онкологу по месту жительства был поставлен диагноз хондрома. В сентябре 1993 г. по достижении опухолью 10 см в наибольшем измерении больной повторно обратился к онкологу. Пациенту была предложена межлопаточно-ключичная экзартикуляция левого плечевого пояса, от которой он отказался из-за перспективы тяжелой инвалидизации и потери работы музыканта. В связи с отказом больному была предложена симптоматическая противоболевая терапия. В течение последующих 6 мес. отмечен быстрый рост опухоли до гигантского размера (рис. II.4.6.16).



Рис. II.4.6.16. Б-й Т. Внешний вид больного в профиль. Контур гигантской опухоли левого плеча выходит за контуры тела.

Случайно, от своего соседа пациент узнал о возможностях современной хирургии и вопреки мнению районного онколога обратился в институт. При поступлении обширная опухоль левого плеча и сустава достигала в поперечном диаметре 35 см. Отмечено полное замещение тканей плечевой кости опухолью до средней трети диафиза. Данные комплексного обследования не выявили признаков отдаленного метастазирования. Многократная трепанобиопсия не позволила точно установить природу опухоли. Таким образом, мы констатировали гигантскую опухоль левого плеча с болевым синдромом, создающую механическое препятствие для дыхания и грозящую распадом. При этом полностью сохрани-

лась функция руки на уровне локтя и ниже. Попытка удаления подобной опухоли представлялась весьма рискованной по кровопотере, нарушению функции печени и почек, вплоть до гибели больного на операционном столе. По настоянию больного была произведена операция — удаление опухоли левого плеча с резекцией проксимальной половины плечевой кости, сустава, мягких тканей плеча и грудной стенки. Учитывая состояние тканей над опухолью (рис. II.4.6.1, II.4.6.2), вместо послойного разделения тканей по оси конечности мы предприняли окаймляющий разрез. Это позволило включить в удаляемый препарат ткань над опухолью, что сократило площадь раневой поверхности. На этапе выделения узла опухоли от сосудисто-нервного пучка плеча применили ультразвуковой скальпель. В блок удаляемых тканей были включены волокна двуглавой, трехглавой и дельтовидной мышц.

После удаления препарата, прошивания волокон резецированных мышц была произведена тампонада раны. Принимая во внимание, что к этому этапу операции объем кровопотери достиг 10 литров, начали развиваться признаки коагулопатии и нарушения кислотно-основного состояния, операция была приостановлена.



Рис. II.4.6.1в. Б-й Т. Вид удаленного операционного препарата опухоли левой плечевой кости на разрезе. Вес опухоли 13,5 кг., диаметр 35 см. Видны ячеистые полости распада.

В течение 5 ч. проводили интенсивную терапию по стабилизации состояния больного. На втором этапе операции из левой голени был выкроен костно-мышечный аутотрансплантат из фрагмента малоберцовой кости и был «пересажен» на плечо. Реваскуляризация выполнена путем анастомозирования малоберцовых сосудов с плечевыми по типу «конец в бок». Остеосинтез трансплантата с дистальной половиной плечевой кости выполнен по типу «конец в конец» с интрамедуллярным введением трансплантата и его фиксацией при помощи спиц. Ложный плечевой сустав сформирован путем фиксации головки малоберцовой кости к резецированному суставному отростку лопатки (рис. II.4.6.1г). Покровные ткани восстановлены путем местного перемещения тканей.

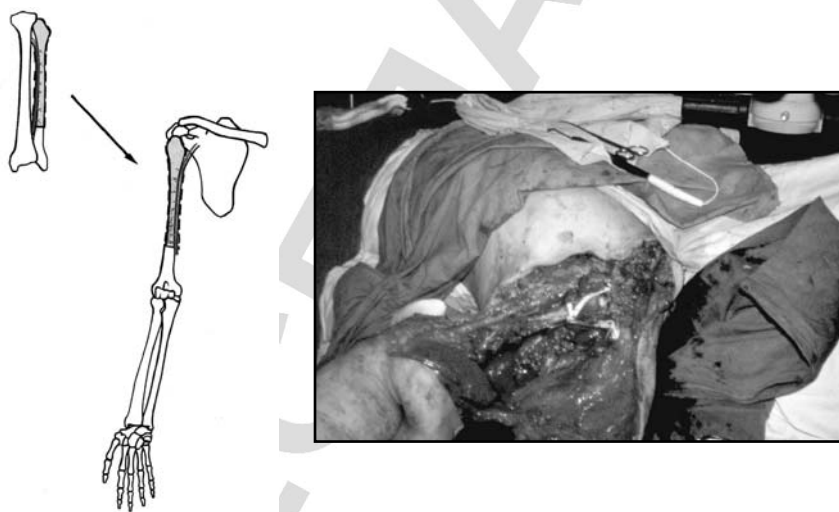


Рис. II.4.6.1г,д. г — схема операции у больного Т. Объем резекции плечевой кости и ее реконструкция аутотрансплантатом малой берцовой кости. д — фото б-го Т. Вид операционной раны после удаления гигантской опухоли левого плеча с резекцией проксимальной половины плечевой кости и микрохирургической трансплантацией малоберцовой кости (стрелка).



Рис. II.4.6.1е. Фото б-го Т. в фас. Состояние через 12 мес. после удаления обширной опухоли левого плеча и микрохирургической костной пластики левой плечевой кости.



Рис. II.4.6.1ж. Фото б-го Т. в профиль. Функция левой руки после удаления обширной опухоли плеча с микрохирургической аутоотрансплантацией и пластикой плечевой кости.

В послеоперационном периоде больному проводился весь комплекс интенсивной терапии. Заживление раны — первичным натяжением. Заключение планового гистологического исследования — остеогенная саркома. Проведены 5 курсов полихимиотерапии. Одновременно проводилась реабилитация функции конечности (рис. II.4.6.1ж). При динамическом наблюдении за больным на 3-м году после лечения были выявлены множественные метастазы саркомы в левом легком. В связи с этим была проведена химиотерапия по другой схеме. Пациент пережил 3 года после операции с рентгенологическими признаками стабилизации метастазов в легком.

Пример. Б-ная А., 34 лет. Диагноз: десмоидная фиброма передней грудной стенки, брюшной стенки и спины (рис. II.4.6.2) Состояние после хирургического и комбинированного лечения опухоли брюшной стенки 1993г.

Морфология: фибромодесмоид. По поводу множественных десмоидных фибром было проведено лечение в период с 1993 по 1994 гг. По семейным обстоятельствам /больная — мать троих детей/ пациентка в течение последующего года не проходила контрольного обследования. В связи с бурным ростом опухоли



Рис. II.4.6.2а. Фото б-ной А., БА-2816. Внешний вид. Узел фибромодесмоида на передней грудной стенке с распространением на подключично-подмышечную область слева. Размеры до 35х40 см.



Рис. II.4.6.2б. Внешний вид в профиль опухоли передней грудной стенки у б-ной А.

на передней грудной стенке обратилась в МНИОИ им. П.А. Герцена в январе 1995г. Была предпринята попытка химиотерапии, от которой пришлось отказаться. Операция представлялась трудновыполнимой в связи с размером опухоли, ее локализацией, связью с грудной стенкой, подключично-подмышечной областью. Принимая во внимание отсутствие альтернативы хирургическому пособию решено выполнить удаление опухоли. 26.04.95г. произведена операция — удаление большой опухоли передней грудной стенки. На отдельных этапах операции использовали лазерный и ультразвуковой скальпель. Опухоль была интимно связана с подключично-подмышечным сосудистым пучком слева, что потребовало субадвентициального выделения сосудов и пластики подключичной вены на протяжении 2 см. На уровне 5-6 межреберий имелось распространение опухоли на межреберные мышцы в реберно-грудинном углу, что потребовало удаления межреберных мышц и внутренней фасции средостения с открытием загрудинной клетчатки. После удаления опухоли операционная рана представляла обширную площадку с обнажением сосудов и средостения (рис. II.4.6.2г). Для реконструкции дефекта использован кожно-мышечный лоскут из волокон широчайшей мышцы спины и кожно-жировой лоскут из внутренних квадрантов правой молочной же-

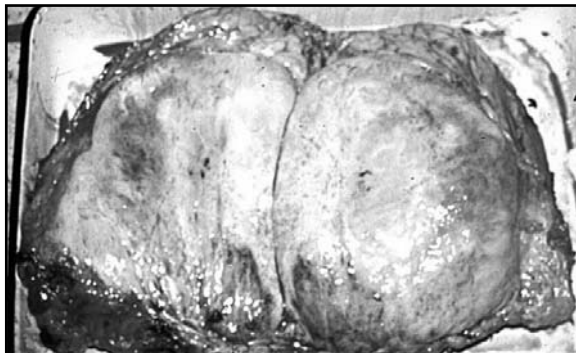


Рис. II.4.6.2в. Вид удаленного препарата фибромодесмоида передней грудной стенки. Опухоль весом 10 кг с полостями распада.

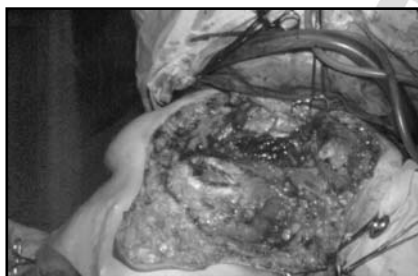


Рис. II.4.6.2г. Вид операционной раны после удаления десмоидной фибромы передней грудной стенки. Для укрытия дефекта применили 2 лоскута: кожно-мышечный и кожно-фасциальный.

лезы. Послеоперационный период протекал с длительным заживлением ран (45 сут.). На втором этапе лечения пациентке была проведена химиогормонотерапия. Через 12 мес. после операции отмечено восстановление функции руки со стороны операции, больная не испытывает функциональных неудобств и полностью справляется с домашней работой. В течение этого времени прошла 3 курса полихимио- и гормонотерапии.

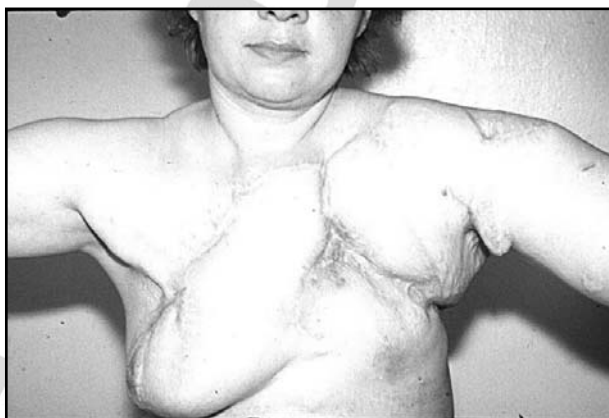


Рис. II.4.6.2д. Внешний вид б-ной А. через 12 месяцев после удаления десмоидной фибромы передней грудной стенки с пластикой кожно-мышечным и кожно-жировым лоскутами. Функция рук восстановлена.

В группе больных с обширными опухолями благодаря разработанной методике операции послеоперационной летальности не было. В то же время отмечен высокий процент различных послеоперационных осложнений — 18 из 23 больных (78,3%), что значительно выше, чем в других группах пациентов. Это, очевидно, связано со значительным объемом операции. В то же время результативность реконструктивных операций оказалась не ниже чем в группах с меньшей распространенностью опухолевого процесса. Значительный интерес представляют результаты лечения этих пациентов. 1 год после операции пережили (78,3%). Из погибших больных только один умер от сопутствующей патологии, остальные — от быстрой генерализации в виде отдаленных метастазов. 2 года прожили 60,8%. В сроки от 1 до 3 лет рецидив или продолженный рост опухоли встретился у 40,9%. Метастазы реализовались у 31,8%. Вторая локализация опухоли встретилась у 9,0%. Очевидно, что искусственное объединение пациентов с различной локализацией опухолей и морфологической формой затрудняет построение прогноза выживаемости. Однако приведенные примеры свидетельствуют о перспективе возможности оказания действенной помощи, в казалось бы, безнадежной ситуации 4 стадии злокачественной опухоли по местной распространенности процесса.

Одним из очевидных преимуществ активного хирургического подхода к 4 стадии злокачественной опухоли по местной распространенности являются быстрое устранение объема опухоли в виде язвы или узла, с распадом, истощающей больного, снятие сопутствующего, некупируемого медикаментами, болевого синдрома. При этом у ряда больных удастся провести повторное радикальное лечение.



II.5. ПСИХОТЕРАПИЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

II.5.1. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Последние годы отличались резким обострением социальных и психологических проблем у больных злокачественными новообразованиями и их семей, что крайне негативно отразилось на качестве их жизни. Игнорирование этого обстоятельства проявляется в оказании этой категории населения только медицинской помощи.

Исследования, посвященные вопросам медицинской и социальной реабилитации онкологических больных, отличаются неодинаковыми методологическими позициями; полученные результаты нередко противоречивы. Трудности развития реабилитационных технологий в значительной степени обусловлены почти полной неразработанностью проблем социальной, психологической реабилитации, паллиативной помощи и недостаточным количеством исследований, посвященных изучению психологического статуса, функциональных расстройств, возможностей и методов психосоциальной адаптации данного контингента больных.

Проблема медико-социальной реабилитации в онкологии носит мультидисциплинарный характер: требует исследования философских категорий и понятий, методов и технологий прикладной социологии, социальной работы, психологических, психосоциальных, психотерапевтических, онкологических подходов.

С точки зрения интересующей нас проблемы под термином «реабилитация» в медицинской практике следовало бы понимать

комплексную, многоуровневую и динамическую систему взаимосвязанных действий, направленных на восстановление человека в правах, статусе, здоровье, дееспособности, включающую аспекты профилактики и коррекции отклонений в поведении и различных видах деятельности.

Наше видение концепции паллиативной помощи онкологическим больным заключается в поддержке соматического и психосоциального статуса умирающих людей на том уровне, который обеспечивает переход от жизни к смерти при возможно меньшем страдании. Вот почему философская сторона дела является здесь едва ли не более важной, чем медико-техническая, согласно которой достоинство каждого человека должно быть сохранено, и человек должен иметь право распоряжаться своей судьбой.

Традиционная лечебная практика базируется в основном на соматическом подходе и часто имеет низкую эффективность при лечении онкологических заболеваний. Это связано с недостаточной изученностью психологических факторов риска в патогенезе опухолевых заболеваний и неразработанностью направлений социально-психологической реабилитации онкологических больных.

Проведенные нами исследования показали, что актуальные проблемы онкологических больных связаны в большей степени не с соматикой, а с социальным статусом, что свидетельствует об их гиперсоциализированности и необходимости социально-психологической реабилитации. В этом наглядно просматривается тенденция к самореализации, достижению успеха и удовлетворению потребностей в противодействие к средовым факторам, ограничивающим самореализацию, что прогнозирует дальнейшее развитие дезадаптации по социально-поведенческому типу, а значит и сохранение проблемного поля больного.

Нам представляется, что основными психологическими симптомокомплексами группы онкологических больных с различной локализацией опухолей следует признать ригидность поведения, низкий уровень социальной чувствительности и саморефлексии, нерациональные способы самозащиты, фрустрационная нетолерантность, сохранение личностного баланса за счет нарушения вегетативного, агрессивное беспокойство, бегство в работу и болезнь, поиск виновных и социальную дезадаптацию.

Психологические факторы могут оказывать как психогенное, так и саногенное влияние. По нашему мнению, последнее возможно при включении противоборствующего начала личностных ресурсов и компенсаторных механизмов.

В силу этого обстоятельства встает вопрос о социально-психологической, а не только медицинской реабилитации онкологических больных.

Проведенное нами исследование подтверждает, что онкологическое заболевание приводит к сильнейшей душевной травме, психологическому кризису, вызванному сложившимися у людей установками в отношении этой болезни.

Как нам видится, с точки зрения реабилитации наиболее значимыми являются не психиатрические симптомы у онкологических больных, а изменение психологического статуса, нарушение структуры личности больного, системы ценностей, эталонов, распад «картины мира», перестройка социальной позиции личности.

Психосоциальный подход к этой проблеме, с одной стороны, определяет точку зрения на причины человеческого страдания — социальные и психические проблемы взаимодействуют друг с другом, с другой стороны, указывает способы решения проблемы, учитывающие как социальные, так и психологические аспекты, с которыми, в свою очередь, работают параллельно.

Многие онкологические больные в силу своей физической и психической неполноценности попадают в условия, в которых они не в состоянии адаптироваться к новым условиям жизни, а общество не в состоянии и не умеет оказать больным и инвалидам необходимую социальную помощь. Складывается ситуация, когда не обеспечиваются не только потребности развития инвалидов, но и не удовлетворяются нужды, потребности физического существования, т. е. витальные потребности. Не занимаясь этой очевидной проблемой социальной реабилитации обществу экономически не выгодно, а в духовном плане — безнравственно.

Понятие «социальная реабилитация» носит двойной смысл. Оно означает цель реабилитации и средство восстановительного процесса.

Оптимальным вариантом процесса реабилитации следует читать возвращение онкологического больного к дооперационному образу жизни.

Социологический анализ и разработка возможной концептуальной модели социальной реабилитации онкологических больных и инвалидов были осуществлены на основе результатов обследований 295 пациентов с различными локализациями злокачественных опухолей с помощью разработанной оригинальной карты медико-социального обследования и глубокой математической обработки (статистический пакет «SPSS-60»).

«Социальная среда» может быть раскрыта через отношения реабилитанта с окружающими его людьми в трудовой или досуговой

вой сфере: с родственниками, членами семьи, соседями по дому, по больничной палате, коллегами и друзьями.

Исследование показало, что наиболее существенные изменения происходят в трудовой сфере. В силу возраста онкологических больных значительная их часть (50,8%) прекратила активную трудовую деятельность еще до заболевания. Часть больных (21,3%) продолжает работать на прежнем месте или перешла на более легкую работу, почти каждый пятый (19,3%) уволился по инвалидности. Еще 3,7% не смогли работать на прежнем месте, а подходящей работы не нашли.

В кругу друзей, сослуживцев не сразу осознается, оценивается новый статус их коллеги, приятеля. Помещение в больницу является сигналом социальному окружению об опасности реабилитанта, и поэтому объем социальных контактов, помощи сразу резко возрастает. В качестве гипотезы можно предположить и влияние на это состояние издержек нравственного воспитания, недостатка милосердия; с безнадежно больным человеком социальное окружение, с одной стороны, чувствует себя несколько дискомфортно, с другой — ему скорее всего не грозит отношение взаимности со стороны реабилитанта. Кроме того, на внимание к онкологическим больным со стороны друзей, сослуживцев могут рассчитывать волевые, оптимистически настроенные лица. Напротив, как показало обследование, меньше всего друзей и сослуживцев контактирует, помогает пессимистам, людям, сломленным болезнью.

Социальные связи, обусловленные семейными отношениями, у многих реабилитантов также являются ослабленными: примерно каждый третий респондент не имеет супруга (супруги), лишь у 25% больных живы родители. Кроме того, трое из десяти реабилитантов указывают на отсутствие или слабую помощь со стороны родственников.

Как и в отношениях с друзьями, сослуживцами на относительно большую помощь родственников могут полагаться волевые реабилитанты. И напротив, в меньшей степени могут рассчитывать на помощь реабилитанты из числа «пессимистов» и «борцов».

Эта особенность проявляется на первых стадиях реабилитационного периода, до поступления в больницу и в больнице. После выписки различие в объеме помощи реабилитанту со стороны родственников становится несущественным, оно связано с отношением больного к болезни.

Соседи по палате составляют для реабилитанта временный микросоциум. Это окружение тоже становится важным в процессе лечения и реабилитации. Как показал опрос, соседи по палате

оказывают весьма существенную помощь большинству опрошенных в больнице. Сравнительно больше помогает данное окружение пожилым реабилитантам. Частично поддерживают связи соседи по палате с реабилитантом и после его выписки, причем данный феномен характерен в основном для женской среды.

Очевидно, общность статуса больного, схожесть состояния ограниченной физической, психической и социальной дееспособности реабилитанта, совпадение желания «выздороветь» объединяет многих больных. За короткий срок в больнице среди реабилитантов рождается своеобразная целевая общность, которую можно назвать коллективом, где утверждаются определенные нормы, ценности, образ жизни.

Бытовая среда оказывается достаточно значимым фактором в социальной реабилитации индивида. Реабилитанта касаются только две формы быта:

- внепроизводственного (общественного);
- домашнего быта.

С заболеванием человека нарушается весь привычный уклад его жизни и существенным образом меняется роль тех или иных материальных элементов быта в восстановительном процессе. Изменения касаются питания, отдыха, гигиены, услуг, жилья.

Исследование выявило, что в наибольшей степени осложняют выздоровление больного трудности, связанные с отсутствием необходимых лекарств и продуктов питания, а также транспортные и коммуникационные проблемы. Характерно, что в большей степени страдают от недостаточно обустроенной бытовой среды реабилитанты старших возрастных групп, особенно осложняют их жизнь транспортные проблемы.

Наблюдается значимая корреляционная связь между локализацией опухолей и элементами быта, затрудняющими лечение и выздоровление реабилитанта.

Страдающие заболеванием желудка, в первую очередь, указывают среди факторов, мешающих лечению и выздоровлению, отсутствие удобств, телефона, продуктов и лекарств, сложности передвижения по улице, доставку товаров.

Реабилитантов с заболеваниями мочевой системы и половых органов в наибольшей степени тревожат трудности в передвижении по улице, отсутствие лекарств.

Больные с опухолями молочной железы отмечают проблему приобретения необходимых лекарств.

Страдающие заболеваниями кишечника прежде всего жалуются на отсутствие удобств, телефона, продуктов и лекарств, на трудности с передвижением по улице.

Таким образом, речь идет о преобладающем значении в бытовом реабилитационном процессе материальных элементов быта, связанных с благосостоянием реабилитанта и возможностью общаться с микросоциумом.

Возможности социальной реабилитации, как и других ее видов в целом, в значительной степени определяются благосостоянием реабилитантов.

Среди реабилитантов — онкологических больных — доля бедных и очень бедных составляет более 70%, что предопределяет крайне низкий реабилитационный потенциал больных и инвалидов.

Ситуация усугубляется тем, что заболевание провоцирует снижение уровня жизни человека.

Особо обращает на себя внимание тот факт, что исключительно низкую роль в реабилитации онкологических больных и инвалидов занимают отделения социальной помощи населению, профессиональные союзы. Внимание со стороны этих организаций отметили от 0,8 до 6,2% обследованных онкологических больных. Между тем, обращались за помощью в данные инстанции соответственно 11,5% и 9,5% опрошенных. Меньше, чем могли бы, оказывают помощь реабилитантам аптеки, хотя нужда в них огромна: почти треть реабилитантов указывает на отсутствие лекарств, необходимых для лечения, и трудности в их доставке.

Основную нагрузку по оказанию социально-бытовой помощи реабилитантам выполняют члены семьи, родственники, друзья, сослуживцы, соседи по палате. Данная помощь носит неравномерный и несогласованный характер, а ее объем детерминирован социокультурными (образование и место жительства реабилитанта) и психоэмоциональными (пол) факторами.

Ситуация заболевания вызывает у реабилитанта дезадаптацию к привычной жизненной среде, в этот период происходит смена иерархии потребностей: на первое место выходят витальные и несколько отступают потребности более высокого уровня (признания, самоуважения и т.д.).

Весь дезадаптационно-адаптационный процесс и соответственно ролевое поведение реабилитанта в значительной мере зависит от ситуативных диспозиций индивида.

Следует заметить, что абсолютное большинство опрошенных онкологических больных оптимистически настроено по отношению к болезни, лишь около 15% потеряли надежду на выздоровление — это «отчаявшиеся» и «пессимисты» («Моя болезнь неизлечима, ничего хорошего не жду» — 6,0%; «Я очень

устал(а) от болезни и мне все равно» — 9,3%). Между тем, оптимистическая часть респондентов не однородна, в ней выделяют-ся «яркие оптимисты» («считаю, что худшее уже позади») — 20,6%, «оптимисты» («чувствую себя лучше, и это радует») — 21,9% и «борцы» («стараясь перебороть болезнь любыми средствами»), причем «борцы» составляют основную часть больных — 42,2%.

Ситуативные диспозиции, связанные с отношением к болезни, достаточно сильно коррелируют с самочувствием: среди «пессимистов» в несколько раз больше, чем среди «борцов» и «оптимистов» — реабилитантов с плохим и очень плохим самочувствием. Очевидно, высокий уровень волевого ресурса реабилитанта способствует его выздоровлению, хорошему состоянию, и наоборот, низкий уровень волевого ресурса мешает бороться с болезнью, снижает иммунный статус больного.

Уровень волевого ресурса реабилитанта при этом связан с локализацией опухоли.

Среди реабилитантов-«оптимистов» меньше больных с заболеваниями молочной железы, кишечника, мочевой системы. Среди реабилитантов-«борцов» («стараясь перебороть болезнь») больше страдающих опухолями молочной железы и кишечника. Среди «пессимистов» («болезнь неизлечима», «мне все равно») несколько больше больных с заболеванием желудка и мочевой системы. Очевидно, существует связь между тяжестью заболевания, причинаемыми реабилитанту последним физическими и психическими страданиями и возможностями волевого ресурса. Можно предположить, что существует «порог терпимости» страданий, за которым наступает паралич воли.

Таким образом, ролевое поведение личности реабилитанта может положительно, отрицательно или нейтрально влиять на результаты реабилитации.

Нами установлено, что существует определенная зависимость между самочувствием больного и поддержкой его со стороны микросоциума, социальных организаций; чем более позитивна группа больных по уровню своего самочувствия, тем больше в ней доля реабилитантов, получавших помощь от ближайшего окружения и поликлиники. Наиболее ярко это прослеживается на диспансерном и стационарном этапах лечения.

Наиболее важными для социально-психологической помощи реабилитанту со стороны ближайшего окружения и очень существенно влияющими на абсолютное относительное самочувствие, являются этапы до поступления в больницу и во время стационарного лечения.

Сказанное выше приобретает особо значимый смысл с точки зрения необходимости создания концептуальной модели единой реабилитационной инфраструктуры.

Необходимо отметить, что систематического и достаточно полного клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования онкологических больных, в том числе и с распространенными формами опухоли, охватывающего весь комплекс паллиативной помощи с учетом родственников пациентов и медицинского персонала, основанного на подходах, методиках и принципах позитивной психотерапии, не проводилось, несмотря на все возрастающую актуальность создания концепции психосоциальной реабилитации данного контингента в рамках конкретных психотерапевтических направлений.

Большинство исследований не ставило своей целью изучение эффективности комплексной психосоциальной реабилитационной программы и посвящалось больше работе психолога и психотерапевта в условиях онкологического стационара с больными раком на более ранних стадиях, изучению отдельных методик для коррекции отдельных симптомов.

В рамках модели позитивной психотерапии по N. Peseschkian основными направлениями работы психотерапевта являются:

- I. Пациенты Хосписа;
- II. Родственники пациентов хосписа.
- III. Сотрудники хосписа.

Важность работы с микросоциумом выявлена и при анализе причин обращения за психотерапевтической помощью.

Суммарная доля мотивов «помощь родственникам» (18,21%) и «нарушение привычных партнерских отношений» (12,84%) составила 31,05%, т.е. почти для трети пациентов необходимость коррекции семейного микроклимата была основной причиной обращения за помощью к психотерапевту.

Наиболее часто в практической работе с терминальными пациентами психотерапевт проводил коррекцию астено-депрессивных проявлений (41,2% обращений) и коррекцию партнерских (семейных) отношений (31,05% обращений).

Усиление противоболевой терапии с включением в схему обезболивания психотропных препаратов (антидепрессантов, нейролептиков, транквилизаторов) потребовалось 11,34% пациентов.

Психическое здоровье пациентов хосписа определялось:

- 1) мировоззренческими установками;
- 2) максимально возможным физическим (соматическим) благополучием;

3) осознанием социальной самооценности;

4) семейным микроклиматом.

Очень важными эмоциональными актуальными способностями для пациентов основной группы до начала терапии являлись любовь, вера, нежность, терпение и чувство времени; как менее значимые были отмечены пациентами доверие, контакты, надежда. В блоке самооценки эмоциональных способностей нашли, таким образом, отражение тенденции к самоизоляции, к ограничению контактов с окружающими, к потере уверенности в себе и возможности получить требуемую помощь от окружающих.

В процессе терапевтической работы спектр значимости эмоциональных способностей в жизни пациентов несколько изменился. Проявлено стремление пациентов к игнорированию настоящей ситуации, желание жить прежним («доболезненным») временем, воспоминаниями и состоянием, характерными для предшествовавшего заболеванию периода; или, наоборот, будущим (надежда на выздоровление, улучшение нынешнего состояния, разрешение актуальных в данный период проблем). Возросла значимость таких конструктов, как доверие (к себе и окружающим), надежда (на собственные возможности и возможности окружающих); максимально важным среди всех эмоциональных способностей был показатель, отражающий значимость в жизни пациента вопросов религии, веры, мировоззрения, смысла жизни, жизни и смерти, жизни после смерти.

Помощь в позитивной оценке жизненных достижений и стремлений; формирование и коррекция привычного поведения и построения партнерских отношений в свете изменения жизненных ценностей и ориентации, превалентности эмоционального содержания взаимоотношений с целью получения духовной поддержки от близких и окружающих, иной, более отстраненной и доброжелательной; более прощающий взгляд на бытовые и житейские ситуации, желание не фиксироваться на мелочах, а общаться эмоционально глубже, содержательнее, с большей любовью к окружающим, — востребованное и социально значимое направление работы психотерапевта с инкурабельными терминальными пациентами и их семьями.

Таким образом, комплексный реабилитационный процесс, включающий психотерапевтическую реабилитацию и паллиативную помощь инкурабельным больным, должен способствовать формированию нового направления социально-ориентированной мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера.

II.5.2. ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОПЛАСТИКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ПОДХОДЫ К ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Онкологические заболевания устойчиво находятся на втором месте после сердечно-сосудистых как причины смертей от болезни, но, в отличие от последних, как правило характеризуются тяжелым продолжительным периодом крайне болезненных страданий, подвергаящих психику человека серьезным нагрузкам и испытаниям. Под **психической патопластикой** мы будем понимать комплекс изменений психики онкологического больного в динамике его заболевания. По аналогии с патогенезом в других видах патологии, изменения психики, вызванные корригирующим воздействием в рамках обычных лечебных процедур и при собственно психотерапевтическом воздействии, мы будем включать в данное понятие, говоря о психической патопластике в процессе лечения.

Как и для любого хронического заболевания для онкологической патологии характерен сложный патогенез, включающий комплексное большое число так называемых «порочных кругов», которые обеспечивают самоподдержание болезни и определяют не менее сложный и многогранный подход к лечению. В связи с этим нужно учитывать, что психическое состояние больного — не просто фон, меняющий чувствительность больного к тем или иным процессам внутри него и вовне (включая лечение), но активный процесс, принимающий участие в формировании и развитии основных проявлений самой болезни.

На появление изменений психики у больных далеко зашедшими опухолевыми процессами врачи обращали внимание очень давно: арабские медики, врачи древнего Рима описывали страдания, которые возникали при опухолях желудочно-кишечного тракта и которые, по современным понятиям, можно рассматривать как проявления депрессии и ипохондрического синдрома.

Несмотря на то, что эксперты ВОЗ в своем докладе особо отмечали необходимость динамической оценки и учета психического состояния у больных со злокачественными новообразованиями, многие специалисты отмечают, что в настоящее время отмечается некоторое смещение акцентов в сторону специального противоопухолевого лечения и решения проблем социальной реабилитации в противовес некоторому охлаждению к вопросам конкретного внимания к психической сфере больного, которая прак-

тически всегда требует соответствующей коррекции (психотерапевтического воздействия). Для удобства изложения материал разделен на две части: динамическое состояние психики у больных с далеко зашедшими формами опухолей (I) и особенности психотерапевтического воздействия в рамках паллиативной помощи в онкологии (II).

* * *

I. Взаимодействие собственно неопластического процесса и психики больного всегда двунаправленно: как выраженность и динамика соматических и психических изменений в организме пациента зависят от исходного состояния его психики (1), так и развитие опухоли и прогрессирование общесоматических изменений оказывают постоянное существенное влияние на психику больного человека (2). Мнения психологов и психиатров относительно того, являются ли подобные перестройки специфичными только для онкологической патологии, или они — отражение общих закономерностей психосоматических взаимоотношений, достаточно дискуссионны и до настоящего времени. Однако для практической деятельности учет таких взаимодействий бесспорен.

1. В отношении реакций лиц с исходно различным состоянием психики имеется ряд довольно хорошо устоявшихся обобщений. Так, экстраверты охотно вникают в болезнь, стремятся рассказать о своем недуге, ищут у медперсонала и окружающих сочувствия и сопереживания. Интроверты, погружаясь в болезнь, концентрируются на внутренней психической сфере, суживают круг интересов и общения, минимально ограничивают информацию о течении болезни. С течением болезни большинство пациентов постепенно переходят к данному типу реагирования.

Тесно перекликается с описанными наблюдениями разделение больных на два типа по отношению к болезни. Первые преувеличивают жалобы требуют повышенного внимания к себе, вторые склонны к пассивному, некритическому отношению к болезни вообще, игнорируют ее и симулируют здоровье.

Существенное влияние на дальнейшие психические преобразования у онкологического больного оказывает уровень его интеллекта и образованности; чем более осознанно воспринимает человек природу своей болезни, тем вероятнее тяжелая травма и интровертный путь реагирования на нее.

Исходно ипохондрическая акцентуация личности, наслаиваясь на наиболее сильную фобическую реакцию, свойственную онкологической патологии (по силе сравнимую только с реакцией на

ВИЧ-инфицирование), также является неблагоприятной в плане развития эмоционально-психических расстройств при дальнейшем течении основного заболевания.

Напротив, такие состояния, как исходные сильные мотивации, акцентуация на длительной активной работе или необходимость в заботе о других людях, способны активно влиять на развитие психопластики, способствуя позитивному отношению к происходящим изменениям. Эти моменты могут и должны быть использованы при психотерапии.

2. Изменения психики под влиянием развития неопластического процесса большинство авторов связывает с периодизацией основного заболевания. Единой классификации не выделено, но общее представление так или иначе близко к выделению 3 основных периодов:

- на начальной стадии болезни преобладают неустойчивость психики, смещение последствий первичного аффекта с астенизацией и невротизацией больного;
- в период полного развития болезни на фоне невротизации пациента нарастают моменты примирения и определенного абстрагирования в восприятии болезни, возможны проявления агрессивности к родственникам и персоналу и негативизма к применяемому лечению;
- в терминальный период преобладает атмосфера примирения с болезнью, психика больного становится более гармоничной, но за счет хронической интоксикации, истощения и болевого синдрома у больного развиваются серьезные нарушения со стороны восприятия, спутанность сознания, реже — появление продуктивной симптоматики.

Abrams R. (1967) связывала с подобной периодизацией изменения модели общения пациента. При развитии болезни, по ее мнению, доминировавшее вначале контролируемое возбуждение сменяется холодной, заторможенной безнадежностью. Параллельно нарастают два, казалось бы, противоречивых момента: стремление больного к покою, одиночеству, аутизация, самоизоляция и страх перед возможностью остаться одному, ощущение одиночества.

Вообще страх онкологического заболевания, страх «очутиться лицом к лицу» не имеет аналогов, сопровождающих иные болезни. Этот страх становится компонентом структуры любого психопатологического синдрома, возникающего в связи с наличием новообразования. Фобический синдром может в дальнейшем существенно определять поведение больного. Помимо всего прочего, страх снижает тонус коры головного мозга. Как следствие, из-

меняется уровень критичности. Такое состояние хорошо иллюстрирует известная метафора: «страх парит в воздухе». Причем для больных — выраженных экстравертов становятся характерны индукционные, конформные психические реакции, а у интровертов — ярко проявляется внешний эффект самоподражания внутреннего процесса аутомоделирования и стремление к поведенческому сверхрису по типу «пан или пропал». Все это важно учитывать в клинике онкологических заболеваний при профилактике ятро-, соррио- и эгротогений.

Гнездилов А.В. выделил до 10 основных разновидностей психогенных реакций, из которых тревожно-депрессивный, дисфорический, тревожно-ипохондрический синдромы встречаются наиболее часто, а другие (астено-депрессивный, обсессивно-фобический, апатический, деперсонализационно-дереализационный, астено-ипохондрический, параноидный, эйфорический) — значительно реже.

Динамика преобразований психики человека под влиянием болезни зависит прежде всего от характера первичного стрессорного аффекта. Наиболее типичный вариант — первоначальное подозрение врачей и достаточно продолжительный, с точки зрения больного, период диагностического обследования.

Как правило, больной находится в этот момент еще вне стадии клинических проявлений опухоли, отсутствует болевой синдром. Минимально выраженные симптомы интоксикации, изменения общего самочувствия, даже снижение массы тела (ранее это все описывалось клиницистами как «синдром малых признаков») напрямую не беспокоят больного. Эти изменения неярко, но изменяют психику больного: уменьшается интерес к окружающим, работе; идет перестройка внутреннего мировосприятия, меняется реакция на различные ощущения (звуки, цвета, вкус). Больные как бы не подчинены целевой направленности, логике, обязательности выводов. Как следствие, они не всегда оказываются понятыми окружающими, что может травмировать их психику.

Встречаясь на таком фоне с врачами, пациент в новой для него обстановке (диагностические манипуляции, лабораторное обследование, контакты с другими пациентами, персоналом) главным образомотягощен мучительными переживаниями, в основе которых лежит мучительная борьба между сомнением, отчаянием и надеждой, что все страхи окажутся беспочвенными.

Совершенно понятно, что уже в этот момент больному необходимо психотерапевтическое вмешательство, хотя оно может носить и косвенный характер (спланированный дизайн, доступная под рукой литература и т.п.) или опосредоваться через обычный

медперсонал, прошедший специальную психологическую подготовку (обычно курсы в объеме 12-48 часов).

Так, использование специальной программы, включающей сеансы обучения знаниям о раке молочных желез, о технике маммографии, ведения пациенток после операции, включая конфиденциальность и телефонные консультации, позволило исключить невротические расстройства и боязнь медицинских манипуляций у 215 женщин с начальными стадиями рака молочной железы, которые были выявлены в ходе отборочного скрининга (Bakker D.A., et al., 1998).

Другой ситуацией первичного стресса является внезапное обнаружение опухоли в ходе диагностических или лечебных процедур, дотоле не вызывавших (по крайней мере у больного) онкологической настроенности. Здесь преобладают панические настроения, тревога, ожидание ухудшения состояния здоровья. Нередким моментом становится апатия и неверие в возможность излечения. В данной ситуации совершенно необходимо профессиональное вмешательство психотерапевта, который должен направить психику больного в позитивное русло, вернуть его к осознанию необходимости управлять своими эмоциями во имя поддержания полноценной жизни. Естественно, при этом не исключаются и другие способы психологического воздействия. Особое внимание необходимо уделить формированию позитивных установок на необходимые лечебно-диагностические процедуры, осознание их общей пользы для больного, несмотря на некоторые неприятные моменты непосредственно во время вмешательства.

Совершенно отличной от двух предыдущих выглядит ситуация, когда больной оказывается перед осознанием «я болен раком» уже на фоне далеко зашедшей патологии, когда это проясняет ему причину всех имеющихся недугов, включая болевой синдром. Такое осознание, как правило, не предполагает сколько-нибудь реальной надежды на излечение, а многочисленные аналоги из жизни подсказывают пациенту дальнейшее развитие событий. В такой ситуации на фоне пассивного восприятия с компонентом отчаяния человек начинает акцентировать свое внимание на соматических проявлениях своей болезни, иными словами — формируется невротический компонент. Это, с одной стороны, приводит к возрастанию жалоб (за счет невротизации не всегда столь уж субъективных — возможны соматовегетативные проявления невроза), с другой — побуждает врача внимательнее относиться к пациенту, тщательно отделяя элементы аггравации от нарастающих признаков онкологической патологии.

Непосредственно при развитии эмоционально-психических нарушений при онкологических заболеваниях истинным рубиком для пациента становится утрата надежды на выздоровление, практически совпадающая по времени с моментом введения в лечение наркотических препаратов для купирования болевого синдрома. Именно с данным моментом большинство специалистов связывают начало терминального периода и сопутствующих ему уже в достаточной мере специфических изменений психики пациента.

Особенности изменений психики в этот период характеризуются следующими важными моментами:

1. Резкие ограничения в поступлении внешней информации вследствие ограничения движения, утрата профессиональной деятельности, сужения числа личных контактов на фоне тяжелой эндогенной интоксикации и болевого синдрома суживают интересы больного, смещают жизненные ценности и направляют его психические процессы вовнутрь, на самого себя. При этом болезнь во все не обязательно становится центром мировосприятия — чаще в периоды активной психической деятельности, которые все более сокращаются, больной занимается самопостижением своей личности и ее предназначения, нередко используя в качестве аргументов мыслеобразы, сформированные в периоды спутанного сознания. Такие процессы близки к истинным психозам, но далеко не тождественны им — истинные психозы формируются даже при далеко зашедшей патологии весьма редко. Имеющиеся акцентуации личности склонны обостряться, но обычно только в периоды активной психической деятельности.

2. В эмоциональном статусе в терминальный период онкологической патологии преобладает ощущение безнадежности, которое рождает двойственное восприятие болезни — примирение с реалиями действительности в целом и в то же время — вспышки раздражительности и даже гнева по поводу сиюминутных событий, которые воспринимаются как негативные, ухудшающие состояние пациента. Если истощение и интоксикация не зашли достаточно далеко, такие эмоции могут реализовываться в агрессивных компонентах поведения, чаще же — переходят в замкнутость и негативизм к лечебным и даже гигиеническим процедурам.

3. У больного значительно выражен фобический компонент. Здесь необходимо разграничивать две несколько различных формы страха: сознательно очерченные, хорошо формулируемые больным страхи более связаны с ограничениями его функций и здесь преобладает страх одиночества, замкнутого пространства; страх смерти не только не высказывается, но чаще отвергается

больными («смерти-то я не боюсь...»), однако на высоте боли возникает витальный, вегетативный страх смерти, который больным представляется как состояние определенной депрессии, упадка, тоски («... но как-то все получилось — вроде и не жизнь уже»). Пожилые люди проявляют этот процесс в менее выраженной степени, а любые проводимые мероприятия по ослаблению болевого синдрома, включая психотерапию, в значительной степени ослабляют у них неосознанный страх смерти.

В то же время атмосфера тяжелого психологического стресса порождает и противоположный по направленности компонент — явления «психологической защиты». Данное понятие включает в себя комплекс доводов, мнений, убеждений, способных поддерживать относительную стабильность психической сферы больного. Этот позитивный участок следует активно использовать при психотерапевтических контактах с больным.

4. Наиболее выраженные смещения в психической сфере связаны с развитием хронического болевого синдрома и введением в комплекс лечебных мероприятий наркотических анальгетиков. У обратившихся в противоболевую службу пациентов с опухолями, депрессия и другие психосоматические проявления были выражены резче, чем у онкологических больных без выраженного болевого синдрома.

До сих пор слабо описана естественная стадийность при онкологической депрессии, но ясно, что в ее формировании в равной мере принимает участие динамика основного заболевания и последствия психофармакологического вмешательства. На высоте развития болевого синдрома у целого ряда больных может появиться склонность к реакциям гнева, которые могут быть обращены на собственный организм и поддерживать депрессивный компонент.

Показано, что депрессия, тревога и гнев сосуществуют с болевыми ощущениями по реципрокному механизму, что может объяснить механизм появления боли даже в случае блокирования источника ноцицептивных импульсов. Последние приводят к возникновению осознанного болевого переживания лишь после фильтрации в высших отделах центральной нервной системы и усиления посредством психологических факторов, в том числе (по «порочному кругу») — депрессии, тревоги, страха.

Отрицательные эмоции, помимо всего прочего, модифицируют болевую реакцию, снижая величину болевого порога. Напротив, положительные эмоции, отвлечение внимания, чувство комфорта, сон, отдых и релаксация — повышают величину болевого порога.

Гнездилов А.В. разделил изменения в нервно-психической сфере пациентов на три основные группы: чисто психогенные, преимущественно соматогенные и смешанные сомато-психогенные. Именно последняя форма свойственна далеко зашедшим формам онкологической патологии, хотя не исключаются две первые. А вот какая реакция возникает у конкретного пациента? Это определяют прежде всего те личностные черты, которые были свойственны ему до начала заболевания. Выделяют пять форм реагирования.

Для синтонных — открытых пациентов — до начала болезни была характерна общительность, «сердечность», психическая жизнь с преобладанием эмоциональной сферы. Их реакция на онкологическое заболевание почти всегда достаточно адекватна. Психогенные синдромы, как правило, не достигают тяжелых степеней, они нестойки. Пациенты такие весьма чувствительны к психотерапии, сравнительно легко адаптируются.

Шизоидные личности обычно замкнуты, сдержанны, даже отгорожены, преобладают интеллектуализированные склонности. На фоне онкологической патологии у них развиваются психогенные реакции с преобладанием сверхценных и бредоподобных идей, еще большим уходом в себя, самоизоляции, суицидальным настроением. Все такие реакции отличаются крайней стойкостью, трудностью купирования и практически не поддаются психотерапевтическому воздействию.

Возбудимый (эпилептоидный) контингент. Для таких лиц характерна импульсивность, вспыльчивость и одновременно — вязкость, мелочность, педантичность, торпидность. Психогенные реакции при злокачественных болезнях у таких пациентов обычно сочетают в себе усиление названных черт, проявления раздражительности, злобы, иногда до ярко выраженной агрессивности к окружающим.

Истероидному типу свойственна демонстративность поведения, внешние эффекты преувеличиваются иногда до гротеска. Психогенные реакции на опухоль развиваются красочно, с переживаниями, несущими деперсонализационно-дереализационные черты. Такие больные легче других справляются с психотравмирующими обстоятельствами, достаточно легко поддаются психотерапевтическому воздействию.

Тревожно-мнительные субъекты склонны переоценивать степень тяжести любой жизненной ситуации. Психогенные реакции у них — самые тяжелые в онкологической практике, симптоматика их крайне торпидна к любому терапевтическому воздействию, за исключением аутосуггестии. Для таких больных также до-

статочны характерны аутизация, суицидальные мысли и суицидальные попытки.

Кроме перечисленного, нужно отметить, что эмоционально-психические расстройства при далеко зашедших формах онкологической патологии более выражены и протекают драматичнее у мужчин, по сравнению с женщинами. Показано также, что в возрасте после 40 лет переживания больного и другие проявления расстройств эмоционально-психической сферы протекают у онкологических больных несколько менее ярко, чем в молодом возрасте. Имеются также сведения, что картина психических переживаний при далеко зашедших опухолях тем более яркая и болезненная для пациента, чем больший исходный уровень интеллекта и культуры он имеет.

Таким образом, мы убедились в наличии у больных с далеко зашедшими формами онкологической патологии определенной эволюции (патопластики) психических процессов с формированием специфического портрета личности. С прогрессированием патологии исходная организация психики все более замещается новыми компонентами, характерными для данного контингента больных.

II. Подход к психотерапевтическому воздействию в рамках паллиативного лечения в онкологии определяется во-первых, общим состоянием больного и его психики, во-вторых — ограниченностью времени, в связи с чем не следует проводить акцентуацию на сложных, требующих времени и повторных сеансов, методах — необходимо исходить из того, что каждая встреча больного и медперсонала является психотерапевтической процедурой. Непосредственная цель психотерапии — помощь больному в восприятии его состояния как возможности вести жизнь в новых условиях с новыми, хотя и ограниченными, но весьма достижимыми целями.

Eysenck H. (1993) убедительно подтвердил роль психотерапии в онкологии. Исследования проводились с учетом копинг-механизмов пациентов и включали индивидуальные и групповые формы поведенческой психотерапии и копинг-тренировки. Эти исследования подтвердили высокую эффективность психотерапии в профилактическом плане.

Непосредственные усилия, по мнению Spiegel D. и Sands S. (1988) должны быть направлены на выяснение уже имеющихся расстройств; консультирование по проблемам, связанным с семьей; изучение предшествующих расстройств и знаний больного о его недуге с целью повышения адаптации к своему состоянию.

У молодых пациентов онкологического профиля, которые будут подвергаться обширным травмирующим операциям и химиотерапии особое внимание в рамках психообразовательной программы необходимо уделять психологическому разрешению таких проблем, как сохранение относительной работоспособности, прогноза в отношении репродуктивной функции, внешнего облика, финансового состояния. Объем курса составляет приблизительно 6 ежедневных занятий, включающих переориентировку ценностей, расширение зоны нравственных и интеллектуальных интересов, разъяснение возникшего у пациентов состояния и тренинг по релаксирующим методикам.

Следовательно, при работе с онкологическими больными при далеко зашедших процессах, в первую очередь, необходимо создать постоянный положительный психотерапевтический фон, в основе которого лежат несложный комплекс требований к врачу и медсестринскому персоналу.

Обсуждая многочисленные требования к психологической подготовке врача и этике поведения с больным, описанные как в руководствах по онкологии, так и в книгах по психологии и психиатрии, их можно свести всего лишь к двум основным: собственный профессионализм врача и искреннее внимание к пациенту. Врач, в совершенстве владеющий профессиональными навыками, уверенный в себе, но не до самоуверенности, охотно идущий на контакт с больным, а не только с его болезнью — сам по себе осуществляет психотерапевтический сеанс при любом общении с больным.

Профессионально подготовленный врач — уже в какой-то степени психотерапевт. Он должен иметь в запасе несколько стилей общения с пациентом, в зависимости от его психоэмоционального состояния. Недирективное, релаксирующее общение позволит пациенту выговориться, облегчить свое душевное состояние. Такие беседы, как правило нечастые, но довольно продолжительные, показаны для пациентов с эмоциональным напряжением, тревогой, страхами.

Использование директивного стиля общения может за короткое время направить течение беседы в нужное русло. Такая решительная манера общения эффективнее для пациентов с постоянными сомнениями и повышенной потребностью в опеке. Такие беседы, как правило, более частые и короткие.

Вторым фактором, определяющим положительный психотерапевтический фон, является адекватная информированность больного. Речь даже не идет о сообщении пациенту правды о его диагнозе. Подавляющее число больных прекрасно осведомлены о

нем, но в условиях России (есть страны, где сообщение диагноза взрослому пациенту обязательно) происходит неписанная игра, где существует табу: пациент не спрашивает — врач не говорит — все знают. Информированность пациента должна заключаться совершенно в другом. Он должен быть осведомлен о всех положительных моментах, которые обнаруживает врач в его состоянии и подробно инструктирован на предмет неприятных, болезненных или трудоемких процедур, к которым его готовят. Акцент делается на цель — эти временные затруднения позволяют добиться улучшения самочувствия. Сходные с этими задачи решают сеансы обучения навыкам, как уменьшить болевой синдром, правилам поведения, диеты, позволяющим снизить тяжесть интоксикации и боли. Они превносят больному уверенность — что он в состоянии осуществлять контроль над своей болезнью. Понятно, что в каждом конкретном случае врач должен адаптировать информацию, исходя из запаса времени, общего состояния и интеллектуального уровня пациента.

Оценивая активность пациентов в отношении получения большей информации о природе своего заболевания, различные авторы приводят подчас несколько противоречивые данные и дают им разные объяснения. Следует придерживаться общего представления о том, что активность больных в отношении получения возможно психотравмирующей, негативной информации наталкивается на внутреннее сопротивление, тормозящее соответствующую мотивацию у пациента. Такие сведения — вероятный риск операции, возможные осложнения и, естественно, прогноз. В противовес этому, на фоне ограничения круга общения, сужения интересов, больные могут компенсировать это стремлением узнать абстрактную информацию о болезни, лекарствах, иногда — о болезнях окружающих. Такое стремление несет в себе определенный позитивный потенциал и в разумных рамках его ограничивать не следует.

Важным моментом создания оптимальной психотерапевтической среды является защита больного от возможных психотравмирующих процедур. Вот перечень возможных негативных воздействий, которые могут существенно «испортить» многие маленькие победы, достигнутые в борьбе с психоэмоциональными нарушениями у онкологических пациентов: несоразмерная забота со стороны родственников; ограничение привычных информационных источников (газеты, радио, телевизор); невозможность уединиться; наличие неизвестных механизмов и устройств; недопонимание происходящих процедур и новых ощущений; постоянные новые лица в круге общения; языковой и культурный барьер-

ры; резкий контраст между «занятым» энергичным персоналом и «отдыхающими» больными; приказной тон в работе персонала.

Всех подобных факторов не перечислить, но для их профилактики персонал должен руководствоваться известным пожеланием Sydenham T.: «относись к больному так, как ты хотел бы, чтобы относились к тебе, когда заболеешь».

Ключевой фигурой, которая обеспечивает гармоничный психоэмоциональный фон среди больных и в значительной степени готовит пациента к профессиональной коррекции его психического состояния, является медицинская сестра.

Специфика онкологической патологии такова, что именно на медсестру ложится значительная часть психической нагрузки при контакте с больным. Проникшись доверием к медсестре, больной может поведать ей о своих страхах, сомнениях, проблемах. Обстановка таких рассказов располагает для того, чтобы лучше узнать пациента, выяснить мучающие его психические, а иногда и скрываемые на врачебном обходе соматические страдания. Такие знания помогают в диагностике и динамическом наблюдении за больным, способствуют формированию у него положительного настроя к медицинскому персоналу и проводимому лечению. Медсестра должна помочь больному в выражении его ощущений; помочь в этом могут умело и тактично заданные вопросы, продолжение незаконченных фраз, а в нужное время — перевод беседы в иное русло. Повторные беседы с такой медсестрой могут снять часть неприятных ощущений и даже нормализовать психоэмоциональный статус пациента, если у него не было слишком тяжелых расстройств. В этом смысле разделение обязанностей медсестер внутри бригад с частой сменой контактов «пациент — медицинская сестра» не способствует поддержанию описанных отношений.

Предпочтительнее выглядит современная система, где сестринские функции тесно привязаны к конкретным больным. Здесь медсестра сопровождает пациента от процедуры к процедуре, практически сопереживая его болезнь. Такая медсестра в состоянии оказать серьезную помощь врачу при анализе хода заболевания, акцентировать его внимание на произошедших переменах в его общем состоянии, поведении и психике. В качестве примера приводим обязанности медсестры при работе с больными далеко зашедшими формами рака легкого в одном из госпиталей США. Она:

- решает проблемы депрессии (помогает понять причины госпитализации, поощряет словесное выражение чувств и переживаний, объясняет все предписанные диагностичес-

кие процедуры, получает всю доступную информацию о болезни у врача и обсуждает ее с пациентом);

- обеспечивает болеутоление (оценивает боль у пациента, уровень аналгезии, объясняет смену анальгетиков, механизмы действия применяемых средств и их побочные явления);
- контролирует навыки ухода (обучает способам откашливания, глубокого дыхания, диете, правилам туалета, проверке показателей вдоха и выдоха и др.);
- участвует в планировании выписки (связывается со специализированными службами и родственниками, проводит беседы с больным о предполагаемой выписке).

Как видно из приведенного списка, психотерапевтическая нагрузка ложится на медсестру на всех этапах лечения и включает в себя контакт с родственниками пациента.

В целом, медицинская сестра активно участвует в коррекции психической патоластики, если она хорошо знает и эмоционально адекватно воспринимает все проблемы, с которыми сталкиваются пациенты, учитывает в работе любую мелочь, помогает больному осознать новые реалии жизни и активно бороться с болезнью. Лучшие ориентиры для этого при контакте с пациентом — остановиться, понять, всегда выслушать.

Дополнительные мероприятия по психотерапевтическому воздействию у пациентов с далеко зашедшими формами онкологической патологии также выполняются преимущественно основным медицинским персоналом, прошедшим различные краткосрочные курсы специальной подготовки. К их числу относятся элементы трудотерапии и активации творческого самовыражения, повышение духовного и культурного уровня (включая библиотерапию и религиозные отправления), участие в различных группах самоподдержки, как состоящих только из больных, так и смешанных с участием родственников и близких друзей.

По современным представлениям, не столько трудотерапия (как чистое отвлечение от реалий в состоянии больного), сколько активный творческий труд, побуждающий к самовыражению, раскрытию внутренних духовных сил больного, является максимально действенным компонентом в данном направлении. Ситуация в онкологической патологии тем более должна быть направлена на творческий компонент деятельности на реализацию замысла, на путь к успеху — ведь конечный результат нередко весьма ограничен общим состоянием больного. Подробные рекомендации к использованию данного метода раскрыты в монографии и соответствующих учебных пособиях М.Е. Бурно (1988, 1998). В качестве не-

которых направлений отметим создание творческих произведений, творческое общение с природой, творческое постижение произведений литературы, искусства, науки, коллекционирование, творческое ведение дневников и записных книжек, переписка с врачом, творческие путешествия, поиск одухотворенности в повседневном. В качестве обязательного условия реализации подобного направления автор считает совершенно необходимым создание доверительной атмосферы, которая может быть достигнута только при соблюдении условий, которые были рассмотрены в начале II части данной лекции.

Библиотерапия как компонент психотерапевтического воздействия в России до настоящего времени глубокого теоретического осмысления не получила, а рекомендации известных зарубежных источников (Berry F.M., Campbell R.) нельзя напрямую переносить на российский контингент больных вследствие разимых несоответствий культурного пласта, нравственных установок и уровня социального обеспечения больных и их семей. Как достаточно принимаемое, имеется положение, что положительный эффект на психоэмоциональное состояние больных оказывают книги, содержащие элементы анализа позитивного поведения людей в сложных жизненных ситуациях (сопереживание), а также книги, непосредственно проясняющие состояние больного, его психику, поведения (познание). Абсолютно необходимым для библиотерапии является учет интеллекта и образования больного. Как правило, ориентировка на определенный круг чтения легко достижима даже при краткосрочном эпизоде контакта с пациентом, а закрепляется при последующих беседах с ним.

Религиозные представления больных, по общему наблюдению, обостряются при любых тяжелых хронических заболеваниях. По современным представлениям, медицинский персонал ни в коей мере не должен препятствовать стремлению больного к духовной гармонии через веру. Все мировые религии очень гуманно относятся к больному человеку, и через общение с представителем веры он может также сгладить те изменения психики, которые принесла ему болезнь. Те противоречия между религиозными установками (голод, изнуряющие молитвы и др.), которые, по мнению персонала, могут ухудшить состояние больного, необходимо корректировать очень осторожно, лучше параллельно побеседовать и со служителем культа. Атмосфера запрета может только вызвать негативизм пациента к лечению вообще.

Группы взаимоподдержки и взаимопомощи составляют лица, которые способны по-настоящему разделить беды и переживания пациентов. Наиболее действенную часть их, приносящую в груп-

пу позитивное психологическое содержание, составляют онкологические больные после радикального лечения, члены их семей, волонтеры, среди которых — будущие врачи и медсестры, обучающиеся в колледжах. Нередко в группах встречаются и представители определенных религий. При правильно организованном контакте с лечашими учреждениями такие группы могут взять на себя едва ли не основную часть психотерапевтической помощи пациентам. В качестве положительного примера приведем два сообщения из зарубежных литературных источников.

Carlsson M.E. и Strang P.M. (1996) сообщают, что перед стартом психосоциального проекта у пациентов с гинекологическим раком им и их родственникам была направлена специальная анкета для ранжирования на группы и определения предполагаемых проблемных задач, степень заинтересованности участников. Первая группа состояла из пациентов с недавно установленным диагнозом, вторая — с длительностью болезни 2-5 лет. 80% откликнулись на опросник; по 65% в каждой группе выразили положительное мнение о программе. Их родственники такое мнение высказали в 52% первой группы и только 36% — во второй. Лица более молодые и лица с более высоким образованием более благосклонно относились к программе психологической реабилитации. Наиболее насущными оказались проблемы: что такое рак и чем его лечат; выживаемость при раке; побочные эффекты лекарственных средств; боль при раке; возможность жить половой жизнью. Научение навыкам релаксации в программе рассматривалось как наиболее значимый компонент в комплексе образовательно-психологической реабилитации.

Payne D.K. et al. (1997) с успехом провели пилотное вмешательство группы поддержки у больных с саркомой мягких тканей. В 8 группах проводились сеансы с фокусированием информации о саркоме, навыках управления стрессом, обучение методам релаксации, и купированию болевого синдрома. Кроме того, время было отведено для группового обсуждения персональных интересов. Общие вопросы, поднимавшиеся в группе: отношения с семьей, друзьями и врачами, беспокойство по поводу недостатка информации относительно заболевания (саркомы), и финансовые трудности из-за болезни. По окончании сеанса пациенты сообщали об уменьшении чувства изоляции, гнева, уменьшения беспокойства; их уровень уверенности в себе значительно увеличился.

Собственно психотерапевтические методики, как уже было выше отмечено, не слишком просто внедрить в повседневную практику лечения больных с далеко зашедшими формами онкологической патологии, однако знакомство с их элементами и орга-

низация хотя бы краткосрочных курсов групповой терапии все же возможно. Познакомим с некоторыми элементами таких методик.

Гипноз можно определить как особое состояние психики, во время которого создаются условия для реализации эффектов, свойственных измененной психике; чаще всего такие изменения реализуются на уровне восприятия (например, аналгезия), либо функций, относящихся к памяти. Гипнотерапия, по мнению Ament P. (1982), начинается при первой встрече врача с больным, при которой возникает атмосфера взаимного доверия. Такие межличностные отношения используются в начале, чтобы расслабить больного, уменьшить его тревожность. Воспринимая в ходе такого сеанса подпороговые сигналы, исходящие от больного, врач способен по-иному понять поведение человека. У больного изменяется состояние сознания и создается активная, значительная концентрация. Такое состояние по восприятию более сходно с бодрствованием, нежели со сном, но мало кто из практических врачей об этом догадывается.

Чувствительность к гипнозу у людей, к сожалению, значительно варьирует, поэтому необходимо интуитивно или по имеющимся объективным признакам четко рассчитывать глубину гипноза, так как активный аналгезирующий эффект достигим лишь на его «легкой» стадии (по Barber J., Gitelson J., 1980).

В качестве преимуществ добавления гипнотерапии к фармакологической аналгезии у больных в паллиативной стадии лечения злокачественных новообразований необходимо отметить:

- боль облегчается вплоть до полного купирования без увеличения дозы и кратности введения наркотических анальгетиков;
- гипноз не нарушает психические функции, не влияет на интеллектуальную деятельность пациентов, к нему не возникает привыкания;
- аналгезию можно совмещать с выработкой у больного комплекса позитивных жизненных установок, ослабления навязчивых, деструктивных мыслей, неуверенности, тревоги и страха.

Последнее, на наш взгляд — самое положительное и превосходящее по значимости из всех, поскольку ориентирует пациента на активное противостояние болезни.

В качестве непосредственных вариантов гипнотических процедур приемлемы: прямая блокада болевых ощущений (гипноаналгезия); вытеснение болевого ощущения другим (давление) или замещение восприятия (боль на онемение); перемещение болевого восприятия на меньшую или менее болезненную часть тела; из-

менение субъективной значимости боли и, в крайнем случае — отключение восприятия боли от ощущений больного.

В настоящее время очень перспективным в отношении антиноцицепции является применения эриксоновского гипноза. Он позволяет охватывать гипнотическим воздействием более широкий спектр больных.

Аутогенная тренировка определяется как методика самовнушения, которая позволяет посредством психических процессов, прежде всего представления, внимания и эмоциональных состояний, влиять на деятельность органов, управляемых вегетативной нервной системой (Linderman Н., 1985). С помощью специальных упражнений человек может погружать себя в сноподобное состояние в котором образные эмоционально окрашенные положительные представления становятся регуляторами деятельности, обычно не подвластной воле. При определенной тренировке, таким образом, можно преодолеть не только усталость, недомогание, чувство дискомфорта, но и сформировать мощное анальгетическое воздействие.

При первоначально правильно сформированном подходе к больному при наличии у него достаточной волевой установки он может после нескольких первых сеансов «подключаться» к работе психотерапевта вплоть до полного перехода на аутогенное погружение. Акценты при последующих сеансах психотерапии у таких пациентов следует переключить на глубину постижения изменений в своем организме и возможные изменения в аутотренинге, которые определяются ходом болезни и появлением новой симптоматики.

Биологическая обратная связь (biofeedback) — столь же эффективная методика, основанная на процессах сенсорного и аффективно-сенсорного восприятия. В данной методике больного обучают управлять какой-либо функцией при постоянном предъявлении ее показателей обучаемому. Методика широко применяется за рубежом при лечении неврозов, гипертонической болезни, функциональных расстройств пищеварения и др.

Fotopaulos S. (1979) показал эффективность применения такой методики у онкологических больных (болевого синдром при раке мочевого пузыря, молочной железы, легкого). Контроль за показателями электроэнцефалографии и электромиографии позволил не только добиться адекватной аналгезии, но и появления ощущений устойчивого положительного настроения с возникновением соматической релаксации. К сожалению, в последующих работах было показано, что только от 1/4 до половины пациентов в состоянии были самостоятельно поддерживать анальгетический

эффект после выписки. По-видимому, данная методика может применяться только при постоянном психотерапевтическом сопровождении.

В качестве одного из вспомогательных методов в общем комплексе психологической помощи больным в конечной стадии раковых заболеваний Bahnson С. разработал метод психотерапии образами. Метод основан на специфике психодинамического статуса терминальных больных, у которых меняется состояние сознания, и мир предстает с совершенно другими приоритетами. Наиболее действенным психотерапевтическим фактором метода, по мнению автора, является не столько суггестивно успокаивающий больного образ, сколько психологическая поддержка, которую оказывает психотерапевт благодаря той интимности общения и взаимопонимания, достигаемой при нахождении эмоционально значимых для больного образов.

Методики, включающие в себя в качестве базовых компонентов системы релаксации, широко распространены в медицинской практике и применяются у больных с нервными и психическими болезнями, при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем, болезнях крови, онкологических заболеваниях (Dworkin S.F., 1997; McQuaid E.L., Nassau J.H., 1997; Chesson A.L.Jr. et al., 1999).

Например, Cunningham A.J. et al. (1999) указывают, что у таких пациентов как онкологические больные, значительную эффективность приобретают короткие (4-5 сеансов) интенсивные релаксационные занятия в больших группах по 40-80 человек, включая и родственников больных. Упор делается на базисные навыки купирования болевых симптомов и психологического дискомфорта.

Когда специальным занятиям подвергали женщин, предъявляющих повышенную тревожность в отношении риска заболеть раком молочной железы, чередование в 6 сеансах по 2 часа периодов релаксации и обучающего тренинга позволило значительно улучшить психоэмоциональный профиль личности женщин (Wellisch D.K. et al., 1999).

В качестве релаксирующего воздействия в группе онкологических пациентов использовали музыкальную процедуру. Специально подобранная программа музыки позволяла добиваться устойчивого повышения психоэмоционального состояния пациентов. После нескольких сеансов его возможно было проводить и в кругу семьи больного (Tobia D.M., 1999).

Собственно релаксационные методики исходят из представлений о наличии определенных «этажей» реагирования, которые,

по нашим представлениям неотделимы от уровней реактивности организма. В человеческих популяциях наблюдается генетическая гетерогенность по многим признакам, в том числе по степени неспецифической чувствительности к различным экзогенным факторам. Идея Селье Г. о неспецифической сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам и патологическим процессам получила продолжение в работах Гаркави Л.Х. (1998). Были определены типы (стресс — активация — тренировка) и характеристики общих неспецифических адаптационных реакций, введено понятие о коэффициенте этих реакций и условия для их развития в организме в ответ на воздействие ряда модулирующих, в том числе иммуномодулирующих факторов (магнитное поле, нейротропные средства, адаптогены).

Так, для уменьшения стресса и улучшения качества жизни у пациентов с лейкозами, которые подвергались курсам иммуносупрессии, такие вмешательства, как обучение релаксации, управляемые изображения, методики отвлечения и терапевтического касания были использованы, чтобы уменьшить боль, беспокойство, связанные с химиотерапией побочные эффекты. Параллельно выявлены эффекты релаксации в отношении ряда параметров иммунной функции у пациентов с лейкозом (Caudell K.A., 1996).

Понимание этих процессов при использовании биологически активных веществ, точкой приложения которых является диэнцефальная область ЦНС, очень важно, так как от величины дозы зависит результат воздействия на механизм естественной защиты организма. Приходится с сожалением признавать, что используемые в настоящее время средства для усиления неспецифической резистентности часто являются патогенетически необоснованными и, более того, часто противоречат природной, естественной сущности человека. Поэтому использование искусственно синтезированных, чуждых для организма веществ без учета ответных реакций на их введения, крайне нежелательно. Наряду с этим, сложилось неправильное отношение к средствам естественного происхождения: магнитные поля, фитопрепараты, а также эндогенные нейротрансмиттеры. Надо отметить, что образованию последних в организме может способствовать акупунктурное, психофизическое или психотерапевтическое воздействие.

Установлено, что при использовании больших по абсолютной величине доз биологически активных веществ на низких уровнях реактивности (высоких «этажах» реагирования) отмечается повышенная секреция глюкокортикоидов, в то время как секреция гормонов щитовидной железы, половых желез и активность

тимико-лимфатической системы, напротив, более выражена на высоких уровнях реактивности — (низких «этажах» реагирования). При использовании малых по абсолютной величине доз действующего фактора.

Организм, находящийся на нижних «этажах», автоматически выходит из состояния стресса, если таковой регистрировался до этого. Вероятно, это можно объяснить тем, что для формирования оптимальных типов реакций на высоких уровнях реактивности энергетические траты организма меньше, и именно поэтому срабатывают механизмы саморегуляции.

Нами разработаны способы определения уровня общей реактивности организма на основе анализа семантического поля человека, а также на основе оценки ноцицептивной чувствительности организма, которые могут быть использованы в качестве диагностических критериев перед соответствующими психотерапевтическими воздействиями.

Для развития той или иной реакции важна относительная доза воздействия: слабая, средняя или сильная для данного уровня реактивности. Уровень реактивности определяется абсолютной величиной активности биологического фактора. Стабильность же вновь сформированной реакции активации проявляется на высоких уровнях реактивности за счет повторяемости малых по абсолютной величине доз воздействия. Реакция активации тренировки высоких уровней реактивности без признаков напряжения является неспецифической основой нормы. Стабильная же реакция повышенной активации на нижних этажах реагирования резко повышает противоопухолевую защиту организма (Гаркави Л.Х. с соавт., 1998).

В настоящее время установлено, что формирование стабильной реакции активации на нижних этажах реагирования быстрее достигалось при использовании психотерапевтического (релаксирующего) сопровождения.

Таким образом, современное состояние вопроса о психологическом статусе у больных с далеко зашедшими формами онкологической патологии демонстрирует нам как широкое многообразие психологической патофизиологии у данной группы пациентов, так и широчайший выбор частных подходов к психотерапии в рамках паллиативной помощи. Это свидетельствует о том, что до настоящего времени окончательный теоретический каркас проблемы еще далек до своего совершенства. в связи с этим все исследования, так или иначе затрагивающие данную проблему, продолжают оставаться актуальными и практически значимыми.

Литература

1. *Бурно М.Е.* Начала терапии творческим самовыражением.// Уч.пособие. — М. — РМА ПДО. — 1998. — 70с.
2. *Бусыгина Н.П.* Холистическая модель болезни как основа практической деятельности психолога в онкологической клинике.//Вопросы онкологии — 2000. — Т. 46. — N 4. — сс.485-489.
3. *Витакер Д.С.* Группы как инструмент психологической помощи.//М. — Класс. — 2000. — 430с.
4. *Возный З.К., Малова Ю.В.* Индивидуально-психологический подход в комплексном лечении онкологических больных.//Вопросы онкологии — 1999. — N 2. — сс.202-204.
5. *Володин Б.Ю., Куликов Е.П., Савин А.И., Володина Л.Н.* Значение психологической реабилитации в онкологии: обзор.//Паллиативная медицина и реабилитация. — 1999. — N 3. — сс.23-28.
6. *Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А.* Открытие — диплом N158 ГК СССР по делам изобретений и открытий.//Открытия в СССР. — М. — 1975. — N 3. — сс.56-61.
7. *Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С.* Антистрессорные реакции и активационная терапия.//М. — Имедис. — 1998. — 654с.
8. *Гнездилов А.В.* Путь на голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе.//С.-Пб. — 1995. — 134с.
9. *Гнездилов А.В.* Психологические аспекты онкологии в условиях хосписа.//Дисс. науч. докл. доктора мед. наук. — С.-Пб. — 1996. — 54с.
10. *Гуров Ю.В., Гуров Д.Ю.* Способ анализа семантического поля человека.//Патент на изобретение N2144316. — 1996.
11. *Зейг Д.К., Мьюнион В.М.* Психотерапия — что это? Современные представления.//М. — Класс. — 2000. — 431с.
12. *Корвасарский Б.Д. (ред.)* Психотерапевтическая энциклопедия.//С.-Пб. — 1998. — 743с.
13. *Модников О.П.* Паллиативная помощь и качество жизни.//Паллиативная медицина и реабилитация. — 2000. — N 4. — сс.14-18.
14. *Непомнящая Н.И.* О психологическом аспекте онкологических заболеваний.//Психол.ж. — 1998.- Т. 19. — N 4. — сс.132-157.
15. *Святощ А.М.* Психотерапия.//Пособие для врачей. — С.-Пб. — Питер. — 2000. — 281с.
16. *Сергеев К.К.* Структурно-уровневая психодиагностика.//Тольятти. — 1997. — 94с.
17. *Фомин Г.И., Павленко С.С.* Основные принципы и формы организации противоболевой медицинской помощи: обзор литературы.//Вестник Межрегион. ассоциации «Здравоохранение Сибири». — 2000. — N 2. — сс.23-28.
18. *Эриксон М.* Стратегия психотерапии: избр. работы.//С.-Пб. — Летний сад. — 2000. — 508с.

19. *Aldridge D.* An overview of music therapy research.//Complementary Ther.Med. — 1994. — Vol. 2. — N 4. — pp.204-216.
20. *Carlsson M.E., Strang P.M.* Educational group support for patients with gynaecological cancer and their families.//Support Care Cancer. — 1996. — Vol. 4. — N 2. — pp.102-109.
21. *Portenoy R.K., Kanner R.M.* Pain management: Theory and practice.//Philadelphia. — Davis Co. — 1996. — 357p.
22. *Tobia D.M., Shamos E.F., Harper D.M. et al.* The benefits of group music at the 1996 music weekend for women with cancer.//J.Cancer.Educ. — 1999. — Vol. 14. — N 2. — pp.115-119.
23. *Wellisch D.K., Hoffman A., Goldman S. et al.* Depression and anxiety symptoms in women at high risk for breast cancer: pilot study of a group intervention.//Am.J.Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — N 10. — pp.1644-1645.

II.5.3. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В публикациях последних десятилетий отмечается возрастание интереса исследователей к изучению соматопсихических и психосоматических аспектов онкологических заболеваний.

Это вызвано тем, что во всем мире происходит рост неэпидемических заболеваний, в том числе пограничных психических, психосоматических и соматопсихических заболеваний. На первое место выдвигается проблема их лечения и профилактики.

В настоящее время является общепринятым положение о том, что индивидуальные особенности психики являются predisposing к развитию целого ряда соматических заболеваний, в том числе возникновению или предотвращению рака.

Психосоматическое направление в медицине как метод, изучающий взаимосвязь соматических психических нарушений, получило широкое распространение за рубежом, начиная с пятидесятых годов нашего столетия. Отечественные ученые также придерживаются системного подхода в понимании этиопатогенеза психосоматических и соматопсихических заболеваний (Березин Ф.Б., 1976; Губачев Ю.М., 1978; Стабровский Е.М., 1981). Указывается на условность выделения соматопсихического и психосоматического подходов (Банщиков В.М., 1978).

Вместе с тем, изучение единства и взаимоотношений психики и сомы традиционно подразумевает рассмотрение двух моментов этих взаимоотношений. С одной стороны, это изучение влияния соматической патологии на психику, или соматопсихические расстройства (Гиляровский В.А., 1946; Авербух И.Е., 1961; Марилов В.В., 1992). Другим аспектом психосоматических соотношений является влияние психики на развитие соматической болезни, или изучение психосоматических заболеваний (Боухал М., 1974; Губачев Ю.М., 1992). Под данным классом заболеваний подразумеваются болезни, в происхождении которых одно из важнейших мест занимает психологический фактор. Выделяются так называемые «большие» болезни, истинные психосоматозы, к которым относятся: ИБС, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, бронхиальная астма и некоторые другие.

В настоящее время *психосоматические расстройства* определяют как группу болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, а также психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов. (Тиганов А.С., 1999). Общим признаком для данных расстройств является сочетание нарушения психической и соматической сфер, с которыми связаны особенности медицинского обслуживания больных и необходимость тесного взаимодействия психиатров и врачей соматического профиля.

Психические расстройства различной степени выраженности при онкологической патологии — частое явление, наблюдаемое как онкологами, хирургами, гинекологами, так и психиатрами и психологами. Онкологический процесс выступает для психической деятельности в двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых, превращает один лишь факт заболевания в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор, с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно облегчающим формирование соматогенных психических расстройств. Если онкологический процесс локализуется в гормонзависимых и гормонпродуцирующих органах, то велик риск развития так называемого психоэндо-

кринного синдрома со специфическими клиническими проявлениями (Васиянова В.В., 1996).

Выделяют 5 фаз реагирования на злокачественные новообразования и рак (Kubler-Ross E., 1994): 1 фаза — *анозогнозическая* — появляется вслед за первым предположением о наличии у пациента опухоли. Она характеризуется отрицанием онкологической патологии, приуменьшением тяжести своего состояния, убежденностью в том, что диагноз является ошибочным. 2 фаза — *дисфорическая* — наступает после верификации и подтверждения диагноза и проявляется бурным протестом, гневливо-злобно-мрачным настроением, склонностью совершать какие-либо агрессивные действия по отношению к себе (суицидальные действия) и к окружающим. 3 фаза — *аутосуггестивная* — характеризуется принятием фактов о наличии у пациента и необходимости длительного и интенсивного лечения в сочетании с «ведением торга» — «главное, чтобы не было болей». 4 фаза — *депрессивная* — наступает после длительного периода терапии, проявляется постепенной утратой надежды на выздоровление, явлениями пессимизма, подавленности, пассивности. 5 фаза — *апатическая* — выражается «примирением» больного с судьбой, принятием любого исхода и сопровождается безразличием по отношению к внешним и внутренним процессам.

Оперативные вмешательства являются в онкологической практике одним из основных этапов лечения и относятся наряду с опухолью к соматогенным факторам, влияющим на симптомо- и синдромообразование. В комплексе оперативного вмешательства существенную роль могут играть как сопутствующие ему анестезиологические манипуляции и возможность непосредственного патогенного воздействия на деятельность мозга, так и психологическая значимость радикальных хирургических операций с удалением органа или формированием определенного косметического дефекта. Совокупность перечисленных патогенных факторов у онкологических больных повышает риск суицидальных тенденций. Количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при иных соматических заболеваниях (Менделевич В.Д., 1998).

Особую группу составляют лица, перенесшие радикальные хирургические операции, относящиеся к так называемым «калечащим операциям». К ним относятся мастэктомия, гистерэктомия, овариэктомия, цистэктомия и другие (Васиянова В.В., 1996; Шарова О.Н., 2000). Психологические реакции на подобные операции обусловлены функциональной и нередко символической значимостью удаленных органов. Молочная железа является сим-

волом женской красоты, материнства и сексуальности. Органы малого таза символизируют детородную функцию и сексуальную принадлежность. В связи с чем многие женщины, перенесшие мастэктомию, овари- и гистерэктомию, стараются скрывать от близких истинный смысл операции, упреждая негативную реакцию со стороны мужа и его возможный уход из семьи (Менделевич В.Д., 1997).

По данным литературы и результатам наших исследований, поиск корреляций между тяжестью онкологического заболевания и тяжестью психологических переживаний беспредметен, поскольку, если тяжесть рака позволяют оценить количественные математические критерии (величина опухоли, стадия онкологического процесса, наличие изменений в лимфатической системе и характер метастазирования), то проанализировать и выразить количественно тяжесть психологического состояния или психопатологических симптомов и синдромов представляется затруднительным. Даже психотическое нарушение позволительно назвать лишь условно тяжелее непсихотического, что связано с вовлеченностью в процесс личности с ее экзистенциальными параметрами, априорно неподдающимся «учету и контролю» (Гнездилов А.В., 1995).

Особый интерес представляет вопрос о влиянии психических расстройств, переживаний и преморбидных характерологических особенностей человека на протекание онкологического процесса. Eysenck H.J. (1989) в работе «Рак, личность и белки» приводит данные о связи личности с возникновением или предотвращением рака. Риск развития рака, по его мнению, связан с такими особенностями личности, как эмоциональная лабильность, экстраверсия, аномальное выражение эмоций (чрезмерное подавление чувств), а также депрессия и безнадежность. Как полагает Eysenck H., тревога и нейротизм защищают от рака. Острый стресс, снижая эффективность иммунной системы, способствует возникновению рака. Увеличение уровня кортикостероидов, которое имеет место при депрессии, снижает клеточный иммунитет и способствует развитию рака. АКТГ, связанный с тревогой и нейротизмом, наоборот, способствует укреплению защитных сил организма. Особо акцентируется внимание на том, что индивидуальные различия и генетические факторы могут оказывать существенное влияние на проявление соответствующих показателей. Меланхолия и депрессия, по мнению Revidi P., способствуют возникновению злокачественных опухолей. Существует психологическая «подготовленность почвы» рака. По образному выражению автора, рак молочной железы нередко представляет «пассив-

ное самоубийство» в результате чувства вины и депрессии. Сдержанность проявления эмоций, подавление половых инстинктов могут быть отнесены к этиологическим факторам развития рака молочной железы. Анорексия, бессонница, неуверенность в себе, психические травмы могут привести к развитию рака в сроки от 1 до 15 лет. Рак, подчеркивает Revidi P., можно рассматривать как болезнь адаптации к стрессу и иммунодепрессии. Лоуэн А. (2000) считает, что рак часто развивается после смерти любимого человека, а также после стресса, связанного с потерей родительской любви в раннем детстве. Подавленная злость и подсознательное стремление к смерти в течение всей жизни — это феномены, которые чаще других выявляются у онкологических больных (Лоуэн А., 2000).

Yalom I. (1977) несколько лет проводил групповую психотерапию у больных раком молочной железы. Поразительные и абсолютно неожиданные данные были получены Spiegel D. (1989), когда несколько лет спустя на катамнестическом этапе обнаружилось, что продолжительность жизни у этой группы больных существенно превысила продолжительность жизни контрольной группы пациентов, не получавших психотерапевтической помощи (цит. по И. Ялом, 2000).

Клинико-психологические особенности и психопатологические особенности при онкологической патологии зависят от этапа основного заболевания. Выделяют, как правило, следующие этапы: поликлинический (диагностический), этап «поступления в клинику», предоперационный (предлечебный), послеоперационный, этап выписки и катамнестический этап (Гнездилов А.В., 1995). Феноменологически клинические параметры на каждом этапе представлены специфическими синдромами, о чем изложено ниже.

Таким образом, онкологическую клинику по праву можно назвать психосоматической, необходимость участия врачей-психиатров, психотерапевтов и клинических психологов в реабилитации этого контингента больных очевидна.

В структуре психосоматических соотношений выделяют 4 группы состояний:

1. Соматизированные психические (соматоформные) реакции, формирующиеся при невротических или конституциональных расстройствах (неврозы, невропатии).
2. Реакции по типу симптоматической лабильности — психогенно провоцированная манифестация либо экзацербация соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном их понимании).

3. Симптоматические психозы, манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности на психическую сферу.
4. Психогенные (нозогенные) реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием, которое выступает в качестве психотравмирующего события.

Частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 50%, а среди пациентов первичной практики — от 30 до 57% (Тиганов А.С., 1999).

По результатам наших исследований, психосоматические расстройства у онкологических больных составляют на диагностическом и лечебном этапах 100 %, в отдаленном от терапии рака периоде — 96% (Шарова О.Н., 2000).

Каждая из групп психосоматических расстройств характеризуется достаточным разнообразием клинических проявлений, вместе с тем имеет определенные психопатологические особенности. Кратко их представим.

Соматизированные психические реакции

Диагностируются на диагностическом, лечебном этапах, а также в первые месяцы после выписки из стационара. В клинике внутренних болезней эта группа расстройств известна под названием «вегетативные, висцеровегетативные, системные неврозы, нейроциркуляторная, вегетососудистая дистония».

В психическом статусе пациентов с данными расстройствами на первом плане выявляются патологические телесные ощущения, имитирующие ограничение чувствительности (кожные анестезии или парестезии, частичная или полная потеря слуха, зрения, обоняния), нарушения координации и моторики (парезы, параличи, атаксия без объективной неврологической симптоматики), психалгии, телесные фантазии. Жалобы больных нередко носят вычурный характер — ощущения «надувающегося шара в животе», «обруча, охватывающего голову», «ком в горле» и т.д. В качестве облигатных признаков выступают демонстративная выразительность поведения, привлечение внимания к себе с оттенком утрированности и нарочитости. Часто наблюдаются и боли различной локализации, варьирующие по интенсивности от субъективно незначимых до выраженных, острых аллопатических феноменов. Продолжительность подобной симптоматики от 2 до 4 месяцев.

В том случае, если боли с самого начала неизменны по локализации, интенсивности и не сопровождаются неврологической и

вегетативной симптоматикой, то говорят о *хроническом соматоформном болевом расстройстве* (продолжительность от 6 месяцев и более), которое выявляется в отдаленном от радикального лечения рака периоде. Для этого расстройства типичны мучительный, «изнуряющий», «непереносимый» оттенок болей, чувственно описываемый пациентами — «суставы грызет», «кости ломит», «что-то сверлит внутри». Характерна также четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям.

Реакции по типу симптоматической лабильности

В этих случаях речь идет о психогенно спровоцированной манифестации или эксацербации проявлений соматического заболевания, то есть рецидивах злокачественной опухоли и/или метастазировании процесса. Обязательным условием отнесения болезненных состояний к психосоматическим является наличие психотравмирующих эмоционально значимых событий, не только связанных во времени с началом распространения опухоли, но и играющим существенную патогенную роль в возникновении психосоматических расстройств у онкологических больных. Среди таких неблагоприятных воздействий не только острые стрессорные факторы (смерть родственников, развод и другие), но и некоторые затяжные конфликты, травмирующие события, имеющие большую протяженность по времени.

Симптоматические психозы в онкологической клинике чаще всего наблюдаются при опухолях головного мозга в пред- и послеоперационном периоде, реже при другой локализации опухоли. По данным литературы (Скворцов А.М., 1961), острые психотические состояния возможны и в терминальных стадиях онкологической болезни. Такие состояния требуют квалифицированной консультации врача-психиатра и, как правило, противопоказаны для онкологического стационара. Клинически острое психотическое состояние характеризуется психомоторным возбуждением, неадекватным поведением, нелепыми высказываниями, резко сниженным настроением, суицидальными мыслями и суицидальным поведением.

Психогенные реакции (нозогении) обусловлены влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием. Структура нозогений детерминируется психологическими, социальными, конституциональными и биологическими (соматическое заболевание) факторами. Среди психологических и социальных влияний первостепенную роль играет отношение пациента к собственному заболеванию, которое в соответствии с

концепцией внутренней картины болезни (Лурия А.Р., 1977) может быть сведено к двум полярным позициям: гипернозогнозия (высокая субъективная значимость переживания телесного неблагополучия) и гипонозогнозия (низкая значимость соответствующих переживаний). Чрезвычайно важную роль в формировании нозогений у онкологических больных играет формулировка диагноза, традиционно воспринимаемого в нашей культуре как смертельно опасного и неизлечимого заболевания, а также возможность влиять на проявления болезни, ограничения в бытовой и профессиональной деятельности.

Выделяют 3 основные группы нозогений — невротические, аффективные и патохарактерологические, клинические проявления которых дифференцируются в зависимости от преобладания гипер- и гипонозогнозии.

К невротическим синдромам относятся тревожно-фобические (гипернозогнозия) и синдром «невротического отрицания» (гипонозогнозия). В структуре тревожно-фобического синдрома выявляются страхи и тревожные опасения по поводу своего нездоровья и невозможности полной социальной реабилитации в сочетании с обостренным самонаблюдением, гипертрофированной оценкой угрожающих здоровью последствий заболевания. При затяжных реакциях на первый план выступают ипохондрические симптомы в виде тщательной регистрации малейших признаков телесного неблагополучия, установления шадящего, «предохраняющего» от возможных осложнений или метастазирования режима дня и отдыха, жесткая регламентация физических нагрузок, приема лекарств, отказ от «лишнего» контакта с бытовой техникой как проявление «экологических опасений».

Синдром «невротического отрицания», или «прекрасного равнодушия», представлен диссоциацией между проявлениями скрытой соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость) и демонстративно-пренебрежительным отношением к лечению, прогнозу и исходу заболевания. В беседе такие пациенты стремятся подчеркнуть идеальное физическое здоровье, «если бы не опухоль, не доставляющая дискомфорта». Однако, за фасадом наигранного оптимизма имеется страх нарушения жизненно важных функций организма. Соответственно пациенты охотно соглашались выполнять лечебные процедуры и соблюдают рекомендации.

Аффективные синдромы (реактивные депрессии, гипомании) также имеют два варианта. *Гипернозогнозический вариант* — синдром ипохондрической депрессии. Он определяется подавленным настроением с тревогой и чувством безнадежности в сочетании с астенией, снижением физической активности, алгиями,

другими патологическими телесными сенсациями, истерическими симптомами. На первом плане в клинической картине — пессимистическое восприятие болезни, ипохондрические фобии, тесно связанные с актуальным соматическим состоянием. *Гипонозгностический вариант* — синдром «эйфорической псевдодеменции» (Смулевич А.Б., 1992), характеризуется повышенным настроением с преобладанием благодушия, неадекватно-оптимистической оценкой как настоящего состояния, так и последствий болезни. В беседе больные обнаруживают стремление к нивелировке негативных аспектов заболевания, не воспринимают себя в роли «серьезного больного». Игнорируя уговоры родственников и медицинского персонала, нарушают режим, «забывают» о необходимости приема лекарств, строят радужные планы на будущее. Данный синдром встречается у онкологических больных чаще на диагностическом этапе и в предоперационном периоде.

Патохарактерологические синдромы представлены гипернозгностическим вариантом в виде сверхценных идей (ипохондрия здоровья) и синдромом «патологического отрицания болезни». В клинической картине при «ипохондрии здоровья» на первый план выступает не тревога и страх, а стремление к преодолению недуга с чувством недоумения и обиды. Больные постоянно задают себе вопрос, — как могла произойти поразившая тело катастрофа, — и поглощены мыслями «любой ценой» восстановить свой физический и социальный статус. При этом они ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли «переломить» ход событий, положительно повлиять на течение и исход соматического страдания, «модернизировать» лечебный процесс приемом специальных диет, физических упражнений, нередко вопреки или минуя медицинские рекомендации — «преодолевающий стиль поведения» (Barsky A., Klerman G., 1983).

Синдром «патологического отрицания болезни» занимает приоритетное место в структуре психопатологических феноменов у онкологических больных. Полное отрицание заболевания с убежденностью в абсолютной сохранности функций организма отмечается редко. Чаще же наблюдается тенденция к минимизации тяжести проявлений соматической патологии. В этом случае пациенты отрицают не заболевание как таковое, а лишь те его аспекты, которые имеют угрожающий смысл. Так, исключается возможность летального исхода. Пациент знает, что при недуге, которым он страдает, смерть возможна, но убежден, что именно его это не коснется (благодаря «чуду», «волшебному воздействию» нового, неизвестного ранее средства непременно наступит исцеление). Характерно, что вне сферы внимания оказываются наиболее тя-

желые нарушения деятельности внутренних органов, в то время как акцент ставится на второстепенных, малозначащих симптомах. Иногда обнаруживается склонность к «перенесению» болезненных ощущений с пораженных на здоровые органы. Пациенты избегают говорить и даже думать о болезни, но вместе с тем охотно «эксплуатируют» тему здоровья.

Клинические аспекты отрицания болезни изучены еще недостаточно. В психодинамической психиатрии этот феномен рассматривается как механизм психологической защиты (искаженное восприятие реальности и защита своих внутренних структур от чувств тревоги, гнева, вины и других неприятных феноменов). Поэтому приведем более подробно результаты наших исследований в области психических расстройств у онкологических больных.

На катамнестическом этапе (от 1 года и более с момента перенесенного лечения рака) частота психосоматических расстройств у больных раком молочной железы составляет 96% (Шарова О.Н., 1999). Они представлены 3 клиническими вариантами психических расстройств: 1. *Аффективный вариант* объединял тревожный, тревожно-депрессивный и депрессивный синдромы. 2. *Ипохондрический вариант* включал собственно ипохондрический синдром, дисморфобический и нозофобический синдромы. 3. *Невротическая деперсонализация* — вариант был представлен одноименным синдромом.

Изучение личностных особенностей женщин, страдающих раком молочной железы, на диагностическом и лечебном этапах выявило достоверно большее ($p < 0,05$) число акцентуированных личностей по психастеническому и шизоидному типам, а также личностей с сочетанием этих двух радикалов, в сравнении с контролем здоровых лиц.

По клиническим и экспериментально-психологическим данным обнаружено 4 механизма психологической защиты (МПЗ) у больных после радикального лечения рака молочной железы: «Уход в болезнь», «Уход из реальности», «Уход в семью», «Стремление к реституции».

МПЗ «Уход в болезнь» наблюдался у 30% больных. Круг интересов этой группы больных сводился к предотвращению рецидивов и метастазов рака. Эгоцентрически-инфантильные и демонстративные личности предпочитали данный способ защиты.

МПЗ «Уход из реальности» был выявлен у 22% женщин. Эти пациентки стремились к получению удовольствия и/или релаксации путем употребления психоактивных веществ (алкоголь, транквилизаторы) или путем приобщения к религиозным, неформальным общественным организациям, которого не наблюдалось до

лечения рака. В этой группе преобладали лица с аутичными чертами характера, предпочитающие получение удовольствий без учета социальных норм и одобрения.

МПЗ «Уход в семью» наблюдался у 38% пациенток. Интересы семьи были преобладающими в повседневной жизни этих больных, поэтому происходило ограничение их социальных и производственных контактов. «Без семьи нет меня», «Я — это моя семья», «Мне хорошо, когда у мужа и детей все хорошо» — основные составляющие высказываний этих больных. Личные проблемы и заботы ими вытеснялись и уходили на второй план, в том числе и их болезнь. Данный вариант МПЗ был характерен для женщин с чертами аффективной ригидности и тревожной мнительности.

МПЗ «Стремление к реституции» выявлен у 10% женщин. Его предпочитали женщины гипертимные, стеничные, реально принявшие последствия радикального лечения рака молочной железы и совершившие активные действия по восстановлению утраченной молочной железы в рамках возможного — пластика груди с помощью хирургического вмешательства.

При аффективном варианте психических расстройств и невротической деперсонализации наиболее распространенным способом психологической защиты был «Уход в семью», при ипохондрическом варианте — чаще наблюдалась модель поведения «Уход в болезнь».

Лечение и организация помощи больным

Помощь при психосоматических расстройствах включает проведение различных профилактических и лечебных мероприятий, при которых требуется системный подход с участием врачей различных специальностей — онкологов, хирургов, психиатров и клинических психологов. С психиатрической точки зрения важны как лекарственное лечение, так и психотерапия и психокоррекция.

Фармакотерапия имеет двойное назначение: устранение и редукция проявлений патологии внутренних органов (назначение соматотропных препаратов), купирование психических нарушений. Используются психотропные средства разных групп — анксиолитики, антидепрессанты, транквилизаторы, реже нейролептики и ноотропы.

Лекарственное лечение психосоматических расстройств проводится строго индивидуально, с учетом сопутствующей соматической патологии и ведущего психопатологического синдрома. При выборе лечения учитываются психосоматические нарушения, соматическое состояние пациентов, а также особенности

взаимодействия психотропных препаратов с другими медикаментами. Кроме того, важно учитывать возраст больных, сниженную толерантность к психотропным препаратам из-за сопутствующих заболеваний (поражений) печени, почек, легких.

В связи с изложенным может быть выделено несколько практических рекомендаций.

При использовании психотропных средств целесообразно ограничиться проведением монотерапии, назначением лекарств в малых (амбулаторных) дозах. Для установления индивидуальной переносимости и предотвращения побочных эффектов повышение суточного количества препаратов проводится постепенно.

Психотропные средства показаны, в первую очередь, при гипернозогнозических состояниях, особенно в тех случаях, когда в клинической картине преобладают тревожно-фобические симптомы.

При гипонозогнозических состояниях, в первую очередь, проводится психотерапия, облегчающая последующий прием лекарств.

Транквилизаторы (бензодиазепиновые анксиолитики) показаны при нозогениях, нарушениях сна, истероипохондрических явлениях.

Антидепрессанты (трициклические, ингибиторы обратного захвата серотонина) показаны при нозогениях, депрессивных реакциях, протекающих с преобладанием тревожных, астенических, вегетативных явлений.

Ноотропы (пирацетам, пантогам, пикамилон) показаны при нозогенных реакциях, протекающих с преобладанием астенических расстройств.

Неролептики показаны, в первую очередь, при лечении нозогенных реакций по типу «эйфорической псевдодеменции», хронического соматоформного болевого расстройства и психозов. Чаще применяются галоперидол, сонапакс, мелерил, реже — аминазин.

Самочувствие больных с психосоматической патологией значительно улучшается при купировании расстройств сна. Агрипния чаще всего наблюдается при нозогенных реакциях, сопряженных с нарастающей к вечеру тревогой (страх умереть во сне, страх повторного приступа). Кроме того, возможна симптоматическая бессонница на фоне соматического заболевания. Для улучшения сна, в первую очередь, целесообразно устранить болезненные проявления, препятствующие засыпанию, отменить вечерний прием соматотропных средств, провоцирующих бессонницу. Лечение бессонницы чаще проводится производными бензодиазепаина (сибазон, феназепам). Однако, применение этих препаратов должно

быть не более 10-14 дней с учетом сопутствующего соматического состояния.

Психотерапия психосоматических расстройств проводится с несколькими целями. Во-первых, она может носить симптоматический характер, помогая снизить тревожность, отвлечь внимание от болезненных переживаний. Выбор конкретного метода симптоматической психотерапии основывается прежде всего на «субъективной адекватности», т.е. в соответствии: с ожиданиями больного, с внутренней картиной болезни, с интеллектуальными и образовательными возможностями больного. Во-вторых, психотерапия может использоваться и как собственно патогенетический метод. Он основывается на современной концепции психосоматических расстройств, согласно которой источником ряда заболеваний являются неразрешенные интрапсихические конфликты и недостаточность психологических ресурсов у больного для переработки этих конфликтов. Наиболее эффективны: аналитическая психотерапия; методы, связанные с различными способами осознания бессознательных конфликтов (психодрама, групповая психотерапия). Для коррекции явлений алекситимии (невозможность выразить вербально свои эмоции) используются гештальттерапия, телесно-ориентированная психотерапия, нейролингвистическое программирование, методы с использованием биологической обратной связи.

Консультант-психиатр, работающий в клинике соматического профиля с онкологическими больными, обязан выявить и диагностировать психическое нарушение, решить дифференциально-диагностические вопросы и определить совместно с лечащим врачом тактику лечения больного, а в дальнейшем при повторных консультациях осуществлять контроль за терапией. При тяжелых психических расстройствах наблюдение и терапию целесообразно осуществлять в специализированных психиатрических отделениях. Пациентам, не нуждающимся в стационарном лечении, специализированную помощь оказывают в условиях психотерапевтического/психиатрического кабинета территориальной поликлиники.

Литература

1. *Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных.//Рук-во для врачей. — Изд.,перераб. и доп. — М. — Медицина. — 1988. — 528с.
2. *Васианова В.В.* Особенности психических нарушений у онкологических больных после гинекологических, урологических и проктологических операций.//Автореф.дис. ... канд.мед.наук. — Челябинск. — 1996. — 15с.

3. *Гнездилов А.В.* Путь на Голгофу: очерки психотерапевта в онкологической клинике и хосписе.//С.-Пб. — 1995. — 132с.
4. *Лоуэн А.* Психология тела: биоэнергетический анализ тела.//Пер.с англ.С.Коледа — М. — Институт Общегуманитарных Исследований. — 2000. — 208с.
5. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология.//Практич.рук-во. — М. — МЕДпресс. — 1999. — 587с.
6. *Менделевич В.Д.* Психиатрическая пропедевтика.//Практич.рук-во для врачей и студентов. — 2-е изд.перераб. и доп. — М. — ТОО Техлит. — Медицина. — 1997. — 484с.
7. Руководство по психиатрии.//В 2-х т. — Под ред. *Тиганова А.С.* — М. — Медицина. — 1999. 2т. — 783с.
8. *Шарова О.Н.* Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты.//Дисс. ... канд.мед.наук. — Челябинск. — 2000. — 140с.
9. *Ялом И.* Теория и практика групповой психотерапии.//С.-Пб. — Издательство «Питер». — 2000. — 640с.




Раздел III

ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

III.1	<u>Медицинские и социальные аспекты паллиативной помощи в онкологии</u>	
III.1.1	Медико-психологические и психо-социальные аспекты паллиативной помощи онкологическим больным с опухолями различной локализации. <i>Биктимиров Т.З.</i>	243
III.1.2	Паллиативная медицина: дерево принятия решений в детской онкогематологии. <i>Полевиченко Е.В.</i>	266
III.1.3	Индивидуальные модели здоровья онкологических больных. <i>Яковлева Н.В.</i>	297
III.1.4	Возможности санаторно-курортного лечения онкологических больных в средней полосе России. <i>Герасименко М.Ю., Герасименко Ю.А.</i>	319
III.2	<u>Психологические и духовные проблемы больных и персонала в паллиативной медицине</u>	
III.2.1	Психоонкология. Медико-психологические и социокультурные основы онкологической клиники и паллиативной медицины. <i>Биктимиров Т.З.</i>	342

III.2.2	Психоэмоциональные и социально-стрессовые факторы в формировании психологической дезадаптации и профессиональных деформаций у персонала онкологических учреждений и хосписов. <i>Биктимиров Т.З.</i>	363
III.2.3	Психологические аспекты работы с онкологическими больными. <i>Творогова Н.Д.</i>	383
III.2.4	Механизмы совладания у больных раком молочной железы, возможность их коррекции, влияние на течение болезни. <i>Асеев А.В.</i>	427
III.2.5	Стереотипные психологические реакции у больных раком молочной железы. <i>Асеев А.В.</i>	440
III.2.6	Психоонкология: теория и практика. <i>Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П.</i>	453



III.1. МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОНКОЛОГИИ

III.1.1. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С ОПУХОЛЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Злокачественные новообразования встречаются в разных возрастных группах, однако две трети их приходится на старший возраст, и число их растет в пожилом и старческом возрасте (Напалков Н.П., Мерабишвили В.М., 1983; Трапезников Н.Н., 1989; Чиссов В.И., 1998; Ventafridda V. et al., 1987; Algalde P., Fontecha B., Cubi D. et al., 1995). В этом плане онкология и проблемы онкологической клиники тесно переплетаются с проблемами геронтологии и гериатрии, особенно в плане медико-психологического обеспечения данной категории больных. Последнее обстоятельство весьма важно при паллиативном лечении как онкологических, так и неонкологических больных (Гершанович М.Л., Пайкин М.Д., 1986; Гнездилов А.В., 1986).

В России к настоящему времени созданы условия для организации службы паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным, которая явится прототипом нового направления отечественного здравоохранения — паллиативной медицины, призванной улучшать качество жизни больных с различными нозологическими формами хронических заболеваний, особенно в

терминальной стадии их развития; достигнуты положительные результаты в области паллиативной помощи онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований; практически завершено создание законодательной базы для организации системы паллиативной помощи этому тяжелому контингенту больных. В 1995 г. был создан Российский Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных». Впервые предприняты попытки сформировать терминологический понятийный аппарат паллиативной помощи и лечения, паллиативного подхода и паллиативной медицины (Чиссов В.И., Новиков Г.А., 1998).

Паллиативный подход (франц. *palliatif*, от лат. *pallio* прикрывать, сглаживать) — ослабляющий, облегчающий проявление болезни (и не только болезни), — это интегративная междисциплинарная биопсихосоциальная система, обеспечивающая решение психологических, физических, социальных, юридических, деонтологических, духовных, транскультурных и теологических проблем онкологических и неизлечимых больных с хроническими заболеваниями, их близких и родственников в целях всемерного обеспечения лучшего качества жизни личности в обществе (Биктимиров Т.З., Модников О.П., 1998).

Философия паллиативного подхода, реализуемая с позиции «объектный мир человека и его здоровье» и направленная на достижение лучшего качества жизни онкологических и умирающих больных, органично вписывается в канву развития клинической, психологической и социальной антропологии (Биктимиров Т.З., Наумова О.Д., 1994; Никитюк Б.А., Корнетов Н.А., 1998; Якимова Н.Н., Биктимиров Т.З., Шмелева Н.Б., Модников О.П., 1998).

Достижения в изучении проблем психического здоровья, единства психического как связи личности с ее действительностью; целостный подход к изучению личности, единства ее нервно-психической организации со всеми индивидуальными особенностями (Мясищев В.Н., 1973; Александровский Ю.А., 1976-1992; Кабанов М.М., 1979; Карвасарский Б.Д., 1980; Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Исурина Г.Л., 1983; Шкловский В.М., 1974-1994; Александров А.А., 1997; Творогова Н.Д., 1998); выбор в качестве общепсихологической теоретической основы научных исследований концепции отношений, разработанной В.Н. Мясищевым и ее дальнейшее развитие (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1996; Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1996-1998) обеспечили развитие научно-методологических подходов к проблеме личности в паллиативной медицине.

Современный системный медико-психологический подход к разработке адекватной психодиагностики, психокоррекции и пси-

хотерапии поведенческих и эмоциональных реакций пациентов в онкологической клинике (Герасименко В.Н., 1974-1983; Кабанов М.М., 1978) предполагает изучение особенностей личностного реагирования онкологических больных на болезнь; психологических компенсаторных и защитных механизмов; взаимовлияния микросоциальной среды, семьи и личности; психологии и психотерапии семьи; вопросов социальной и психологической реабилитации (Бажин Е.Ф., 1977-1987; Гнездилов А.В., 1976-1998; Эйдемиллер Э.Г., 1996-1999; Twycross R.G., 1982-1997; Akaho R., Shinohara Y., Yoshino M. et al., 1997).

Приобретает значение исследование проблемы аутоагрессивных реакций у онкологических больных, психокоррекции и психотерапии онкологических больных при суицидальном поведении (Зотов П.Б., 1997-1998; Новиков Г.А. и др., 1998; Saunders C.M., 1985; Vainio A., 1995; Ноу А., 1999). Динамическая система реабилитации (Кабанов М.М., 1994) больных распространенными формами онкологических и хронических неизлечимых заболеваний придает большое значение этическим проблемам онкологии и паллиативной медицины (ятрогении, эгротогении, соррогении, суициду, эвтаназии и др.), а также «эмпатийному потенциалу» врача, психолога, социального работника в диаде «врач-больной», в триаде «врач-сестра-больной».

Культурнообусловленной относительностью характеризуются многие психосоциальные нормы, симптомы, заболевания и кончина человека. Транскультурный подход имеет важное социальное значение (межнациональные браки; предрассудки и их преодоление; различные образы мышления, морали и религии (Peseschkian N., 1983; Breibart W., Holland J.C., 1988; Francs A., 1997; Hanson R., 1999; Oliviere D., 1999).

В связи с вышеуказанным актуальными направлениями в онкологии и паллиативной медицине являются: разработка медико-психологических, социокультурных и организационных интегративных основ комплексного паллиативного подхода для решения проблем неизлечимых онкологических больных, их родственников и медицинского персонала; обеспечение лучшего качества жизни личности в обществе; создание эффективных моделей паллиативной медицины применительно к условиям России, с учетом медико-психологических и социокультурных факторов.

Перед психологами, клиническими (медицинскими) психологами и психотерапевтами системы паллиативной медицины и онкологических учреждений могут возникать следующие конкретные проблемы, которые они должны будут решать:

- возможности и условия медико-психологического, психосоциального и социокультурного обеспечения онкологической клиники и различных моделей паллиативной медицины с учетом конкретных условий «малых территорий России»;
- оценка влияния психосоциальных стрессовых факторов на психологическую дезадаптацию, компенсацию и адаптацию психической деятельности у онкологических больных с различными формами раковых заболеваний и организации их ранней психологической диагностики;
- изучение роли социально-психологической деятельности в системе паллиативной медицины, ухода и хосписа, а также решение социокультурных проблем онкологических больных, их родственников и медицинского персонала;
- оценка факторов риска психосоциальной дезадаптации и профессиональной вредности у персонала онкологических учреждений и хосписов, пребывающих в условиях острого и хронического стресса; проблемы изучения личности медицинского персонала в аспекте разработки психосоциальных и этновалеокультурных программ реадaptации и реабилитации;
- разработка основных принципов психологической, психотерапевтической и социальной поддержки и улучшения качества жизни больных онкологической клиники и паллиативной медицины.

В паллиативной медицине и онкологической клинике одним из основных направлений деятельности следует считать организацию и развитие современных междисциплинарных систем и моделей клинических, психологических, социальных, культурных и духовных подходов, призванных обеспечить оптимальное качество жизни инкурабельных онкологических больных.

Региональные условия, определяемые конкретным уровнем развития социально-экономических, политических процессов, этнической характеристикой социума, являются основополагающими для организации конкретных моделей паллиативной медицины и ее медико-психологического обеспечения.

Обеспечению системного подхода в изучении социально-стрессовых факторов, определяющих формы, глубину и интенсивность развития психосоциальной дезадаптации, оптимальной психологической защиты, адаптации и комплексной реабилитации онкологических больных и их родственников на основе проведенного исследования способствует целостный подход к изучению личности онкологического больного, единства ее нервно-

психической, психологической, социальной и культурной ментальности.

Представленные проблемы, стоящие, в первую очередь, перед медико-психологическими и социальными службами, обсуждались в последнее время на I-й конференции с международным участием по истории психологии российского сознания в Самаре (1994); на I-й Всероссийской конференции «Организация паллиативной помощи и методы лечения больных распространенными формами злокачественных новообразований» в г. Москве (1995); на Международной конференции по вопросам медицинского и социального обслуживания лиц пожилого и старческого возраста в г. Ульяновске (1997); на Европейских конгрессах паллиативного лечения (IV — Барселона, 1995; V — Лондон, 1997; VI — Женева, 1999; VII — Палермо, 2001); на Генеральной Ассамблее Ассоциации паллиативного лечения (Лондон, 1997); на I-м международном конгрессе по интегративной антропологии (Винница, 1998); на Российских конгрессах с международным участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении» (II — Москва, 1998; III — Анталья, 2000); на Российской конференции «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике» (Иваново, 1999); на Пленуме правления Всероссийского научного общества онкологов (Ростов-на-Дону, 1999); на Международной конференции «Биомедицинские и биосоциальные проблемы интегративной антропологии» (Санкт-Петербург, 1999); на Международном симпозиуме «Социальная психология — XXI век» (Ярославль, 1999).

Начиная с 1996 года, на кафедре медицинской психологии, неврологии и психиатрии Ульяновского государственного университета на базе Ульяновского областного онкологического диспансера, Ульяновской областной клинической больницы №1 и женской консультации при поликлинике №1 нами проводились клинико- и экспериментально-психологические исследования 400 онкологических больных (с различными видами злокачественных опухолей), из которых у 171 был рак молочной железы, 77 — рак матки и яичников, 35 — рак гортани, 57 — рак легкого и 29 — рак толстой кишки. Кроме того, обследовано 90 человек с предраковыми заболеваниями и 40 практически здоровых лиц (контрольная группа).

В своей работе мы использовали следующие методические приемы: клиническую беседу; опросник Тейлор в модификации Немчина; шкалу депрессии Гамильтона; шкалу самооценки «здоровье-болезнь» Дембо-Рубинштейн; характерологический опросник Леонгарда; СМЛ; сатирические рисунки Бидструпа, а также

разработанный на кафедре медицинской психологии, неврологии и психиатрии медицинского факультета опросник оценки профессиональной вредности для медицинского персонала, работающего в онкологических и других лечебных учреждениях. Для обработки полученных данных были использованы статистические методы.

Среди большой группы онкологических пациентов с локализацией опухолевого процесса в области головы, легкого, желудка, кишечника и некоторых других форм рака установлено наличие определенной закономерности в развитии патопсихологической симптоматики в зависимости от локализации процесса. Наряду с личностными реакциями, которые характерны для любого онкологического заболевания, определенная локализация опухоли имеет свою психологическую специфику.

Так, при обнаружении *злокачественной опухоли желудка* и направлении больного в онкологическое учреждение психотравмирующая, стрессовая ситуация проявляется беспокойством, растерянностью, снижением настроения. Проявления психологических сдвигов практически коррелируют с тяжестью заболевания. В процессе радикального хирургического лечения, в различные сроки после его реализации больной начинает успокаиваться, адаптируется к болезни. Оценка болезни приобретает нормосоматно-зогностический тип с дезактуализацией переживаний, связанных с болезнью.

В отдаленные сроки после лечения наблюдается соматогенная астения с тревожностью, периодически возникающими предположениями о возможности рецидива болезни. Иногда имеют место ипохондрические и фобические типы реагирования. При благоприятном исходе болезни, безрецидивном течении отдаленного послеоперационного периода возможно отрицание наличия болезни в прошлом.

Психологические особенности больных, страдающих *раком прямой и ободочной кишки*, в значительной степени определяются исходом предпринятого хирургического вмешательства, с которым могут быть связаны мощные стрессорные воздействия, затрудняющие психологическую адаптацию к последствиям болезни. Зачастую больные становятся инвалидами не только в силу функциональных нарушений, как следствия применения радикальных хирургических методов противоопухолевого лечения, но и в результате отрицательных эмоциональных факторов, приводящих к патопсихологическим расстройствам. При этом они стремятся к самоизоляции, отмечается снижение уровня настроения. Преобладают гиперсоматозогнозии с излишней заостренно-

стью внимания на эстетическом компоненте последствий оперативного вмешательства.

При раковом поражении *челюстно-лицевой области* у большинства больных при направлении в стационар на первый план выступает беспокойство по поводу предполагаемой операции, неуверенность в будущем и в благоприятном исходе заболевания. После операции на смену стрессам и негативным воздействиям постепенно приходит психологическая адаптация к факту заболевания, последствиям оперативного вмешательства, терпеливое ожидание проведения реконструктивных и пластических операций с надеждой на позитивное решение возникших проблем. В структуре соматонозогнозии доминирует адекватная оценка последствий радикальной операции с одновременным развитием тенденции к вытеснению онкологического заболевания.

У больных, страдающих *раком гортани*, после сообщения диагноза и предложения «калечащего» оперативного вмешательства, связанного с наложением трахеостомы, возникают тревога, состояние подавленности, страх перед будущим. Психогенно-стрессовая ситуация весьма типична для этой группы больных. У перенесших ларингэктомию по поводу рака гортани вскоре после операции начинают доминировать настроение и представления о собственной неполноценности, о наличии «уродства» в результате утраты звуковой речи. Постепенно формируется психологическая адаптация к последствиям операции, ограниченным жизненным и трудовым возможностям. В этот период нередко возникают депрессивные, фобические и ипохондрические варианты патопсихологического реагирования. В их структуре отчетливо звучат как предположения, так и утверждения о наличии метастатического поражения.

У больных *раком легкого*, каждый из которых имел инкурабельную форму заболевания, на диагностическом этапе наблюдались депрессивно-тревожные проявления, чувство надвигающейся катастрофы. Возникновение психогенно-стрессовых воздействий обуславливало формирование гиперсоматонозогнозии. В стадии разгара болезни на смену состоянию стресса приходила психологическая адаптация с уменьшением остроты реагирования. В этот период отмечались явления «госпитализма» с пассивностью, ограничением диапазона эмоциональных реакций, смена творческой активности стереотипным поведением.

При *раке молочной железы* определяющим является страх утраты «женственности». При этом возможны психопатологические формы переживания в виде депрессивных, фобических и ипохондрических вариантов как до начала радикального лечения, так и после его завершения.

При экспериментально-психологическом исследовании женщин, больных раком молочной железы, у которых имелось гистологическое подтверждение наличия опухоли, в динамике развития заболевания на различных стадиях процесса после оперативного лечения по поводу рака молочной железы наблюдалась лабильность психических проявлений в зависимости от стадии заболевания. Начало заболевания сопровождалось явлениями дискомфорта, коинестопагии, комплексами собственной неполноценности, что подтверждают следующие данные: у 90% больных определялся высокий уровень тревожности, у 10% — средний уровень. По шкале самооценки: заниженная самооценка у 80%, средний уровень у 10% и низкий уровень — у 10%. Эмоциональный дискомфорт — у 90% пациентов. Депрессивные проявления наблюдались в 70% случаев, в 20% — астено-депрессивные нарушения, а у 10% больных выявлялась неадекватная «гипомания».

Легкая степень депрессии выявлена у 30%, средняя — у 60%, высокая — у 10%.

При клинической беседе у данной группы больных наблюдалось преобладание астенодепрессивного фона, вялости, апатии, страха, напряженности и тоски.

В стадии разгара болезни развивается адаптация к ней. Адаптация обеспечивается ситуационными факторами или же «вторичными характерологическими чертами» личности, способствующими нивелированию облигатных свойств характера. Декомпенсация — обнажение патологических особенностей психологических качеств личности вследствие срыва компенсаторных механизмов — зависит от форм личностного реагирования на болезнь. При обследовании психологического состояния больных были получены следующие результаты: низкий уровень тревожности — 60%, средний — 20%, высокий — 20%. По шкале самооценки: средний уровень — 40%, завышение своих возможностей — 60%.

Эмоциональный дискомфорт отмечался у 40%. Коинестопагии отмечены у 20% от общего количества обследованных. Депрессивные расстройства выявлены у 40% больных.

При клинической беседе для этой группы характерны преобладание беспокойства по незначительному поводу, плаксивость, нарушение сна, внутреннее напряжение, озабоченность собственным здоровьем на фоне быстрой утомляемости и снижения трудоспособности.

Как следует из проведенных исследований в процессе нарастания клиники заболевания отмечается характерное изменение эмоционально-личностных качеств, что может способствовать ди-

агностике ранних патологических отклонений и подбору адекватной тактики ведения больного.

Ниже, в табл. III.1.1.1 представлены результаты психологического исследования здоровых и больных женщин с заболеваниями молочной железы.



Таблица III.1.1.1

**Сравнительные психологические характеристики
трех исследованных групп**

Показатели	Первая (1) группа (конт- рольная)	Вторая (2) группа (фиброаде- номатоз)	Третья (3) группа (рак молочной железы)	Достовер- ность раз- личий (по Стьюденту)
Уровень тревожности				
• низкий	20%	10%	60%	1<3; p<0,05 2<3; p<0,05
• средний	70%	10%	20%	1>2; p<0,05 1>3; p<0,05
• высокий	10%	80%	20%	1>2; p<0,05 2>3; p<0,05
Депрессия	30%	70%	40%	1<2; p<0,05 2>3; p<0,05
Эмоциональ- ный диском- форт	20%	90%	70%	1<2; p<0,05 1<3; p<0,05
Самооценка				
• занижение	40%	80%	0%	1<2; p<0,05 2>3; p<0,05
• средние данные	50%	10%	40%	1>2; p<0,05 1<3; p<0,05
• завышение	10%	10%	60%	1<3; p<0,05 2<3; p<0,05

Как видно из данной таблицы, наиболее высокий уровень тревожности, депрессии, эмоционального дискомфорта и самые низкие показатели самооценки — у второй группы пациентов. Такие показатели характеризуют определенные особенности и клиническое течение заболевания, так как у этой категории больных еще не известен диагноз, а следовательно, и последствия заболевания. Им необходима поддержка как близких людей, так и медицинского персонала, в частности, медицинского психолога. Именно в компетенцию психолога должно входить разъяснение больному его положения, того, что его может ожидать в том или ином случае, а также снятие напряжения, которое усугубляет состояние здоровья, образуя порочный круг отрицательных психологических реакций. Особое внимание следует обратить на первую группу — здоровый контингент. В настоящее время темпы жизни нарастают, нарастает и утомляемость, невротичность. Неудачи на работе, в семье приводят к развитию депрессивных, тревожных состояний. Мало внимания уделяется отдыху, смене обстановки, что приводит к хронизации отрицательного настроя, уменьшению стимула, а в дальнейшем к истощению защитных механизмов организма. Этой группе женщин необходимо проходить не только осмотр у врача узкой специальности, но и у психолога, который может заблаговременно выявить отклонения в психоэмоциональной сфере. Данная работа направлена на использование в диагностике рака молочной железы не только клинических методов, разработанных и внедренных в практику, но и результатов психологической диагностики фоновых показателей и «пусковых механизмов» злокачественных новообразований.

Основное влияние на структуру соматонозогнозии при *раке гениталий* оказывает информация о возможности сохранения или утраты детородной функции. В данной группе больных встречаются пациентки с гормонозависимыми опухолями репродуктивной сферы, изучение психологического статуса которых можно изучать в трех клинко-экспериментальных группах:

I группа — имеющие фоновое заболевание гениталий;

II группа — имеющие онкологическое заболевание гениталий;

III группа — относительно здоровые женщины (контроль).

Исследование трех групп пациенток в возрасте 40–50 лет осуществлялось следующими методами:

- по методике Тейлор на степень тревожности;
- по шаблонам оценки психической активности, интереса, эмоционального тонуса, напряженности, комфортности и др.;

- по методике Гамильтона с целью выявления депрессивной симптоматики на основе использования квантифицированных шкал объективной регистрации.

Путем сложного многофакторного анализа были выделены группы взаимосвязанных симптомов, отражающих различные стороны депрессивных нарушений и позволяющих оценивать их выраженность: тревога, вес тела, расстройство мышления, суточная ритмика, заторможенность, нарушение сна.

При клинической беседе у женщин первой группы выявилось характерное преобладание астенодепрессивного фона, вялости, апатии, ощущения беспричинной тягостной напряженности, страха, настороженности и тоски. Клиническая картина складывалась из разнообразных жалоб больной, изменения ее поведения, вегетативно-сосудистых реакций.

Так, для 1-й группы женщин характерно:

- по методике Тейлор: высокий уровень тревожности — у 50% больных, средний уровень — у 20%, низкий — у 30%;
- по опроснику оценки: психическая активность, интерес, эмоциональный тонус, комфортность, напряжение — средняя степень;
- по методике Гамильтона легкая степень депрессии выявлена у 60% пациенток, средняя — у 40%.

Во 2-й группе женщин при клинической беседе выявилось характерное преобладание тревожных и ипохондрических расстройств, проявляющихся в виде беспокойства по незначительным поводам, плаксивости, нарушения сна (трудность засыпания и частые вставания ночью), раздражительности, внутреннего напряжения, особой озабоченности собственным здоровьем на фоне быстрой утомляемости и снижения работоспособности.

У больных 2-й группы по данным экспериментального исследования:

- по методике Тейлор: высокий уровень тревожности — у 70% больных, средний уровень — у 30%;
- по опроснику оценки: психическая активность, интерес, эмоциональный тонус — низкая степень; комфортность, напряжение — средняя степень;
- по методике Гамильтона: легкая степень выявлена у 40%, средняя степень — у 60% пациенток.

В контрольной, 3-й группе у обследованных женщин при клинической беседе были выявлены нерезко выраженные колебания настроения, нарушения сна по типу гипосомнии и трудности засыпания. По методике Тейлор обнаружен низкий уровень тревожности. У всех женщин констатируется средняя степень

психической активности, эмоционального тонуса и комфортности и низкая степень напряженности и интереса. По методике Гамильтона у всех женщин выявлены легкие депрессивные симптомы.

Таким образом, при психологическом обследовании женщин трех категорий: здоровые, больные фоновыми заболеваниями гениталий и больные раком гениталий выявлено нарастание тревожных и депрессивных расстройств на фоне изменения регуляторно-гормонального баланса в организме, что следует учитывать в развитии злокачественного новообразования женской половой сферы.

Предполагается, что при более детальном изучении данной проблемы возможна выборка четких критериев определения групп женщин повышенного риска с последующим проведением в этих группах комплекса психопрофилактических мероприятий, а также применение различных психотерапевтических методик на фоне заболевания.

Таким образом, в процессе обследования на диагностическом и лечебном этапе, а также в период реабилитации у онкологических больных наблюдается определенная динамика психологических реакций и можно выделить несколько стадий психологического реагирования.

Для первой стадии (диагностический этап, противоопухолевое лечение) относительно типичным является наличие довольно полной информации о диагнозе, проведении специального лечения с последующим возвращением к нормальному образу жизни, насколько это возможно в плане функциональной сохранности организма после применения таких травматичных методов лечения, как обширные оперативные вмешательства, лучевая и химиотерапия, комбинированное или комплексное лечение.

Вторая стадия — переживания и тревоги, ожидание исхода лечения и неопределенности прогноза. На течение этого этапа оказывают существенное влияние частая госпитализация и интенсивность процесса реабилитации, а также такой показатель, как «качество жизни» после противоопухолевого лечения.

Третья стадия — переживания в связи с фатальностью известного исхода.

На особенности клинико-патопсихологических и клинко-психологических проявлений стадий развития опухолевого заболевания влияет также прогноз болезни: благоприятный или неизбежность фатального исхода.

Некоторые общие вопросы психологического изучения онкологических больных в связи с задачами паллиативной медицины и хосписа

Изучение человека, больного раком, проводится в рамках системного подхода, целью которого является сопоставление роли типичных проблем личности, способов их разрешения с клиническими стадиями болезни, успешностью их лечения. Предлагая системный подход, исследователи исходят из кризисной природы онкологических заболеваний, приводящих к тому, что больной, его семья и медицинский персонал включаются в сложную взаимосистему, психологическая оценка которой должна учитывать ее интерактивную природу.

Рак, являясь длительным заболеванием, предполагает значительное количество средств и стратегий адаптации к болезни, ее психологического преодоления. При анализе способов совладания (coping) больного со злокачественной опухолью выделяются следующие последовательности смены фаз. Вначале возникает некий оптимум, неадекватная «гипомания», развивающаяся как адаптивная реакция личности, связанная с болезненным обследованием и другими факторами. При этом возникает вера в могущество врача, сочетающаяся с непризнанием, отрицанием тяжести болезни. Прогрессирование заболевания или возникновение рецидива значительно меняет картину и возникает разочарование в возможностях лечения. С улучшением результатов лечения и увеличением такого показателя, как выживаемость онкологических больных, только рецидив воспринимается как подтверждение тяжести состояния больного и угроза смерти. Это приводит к крушению иллюзий; больной становится раздражительным в отношениях с медицинским персоналом и родственниками, часто направляет свой гнев против себя самого, развивается депрессия и анорексия.

Для того, чтобы иметь возможность обеспечить благоприятное течение процесса адаптации к болезни, необходимо выяснить, какие факторы являются наиболее травмирующими для больного в условиях онкологического заболевания. Они могут иметь различную природу. С одной стороны, это факторы, непосредственно связанные с болезнью и тяжелым ее течением. К ним относятся болевой синдром и побочные эффекты специфического противоопухолевого лечения. Боль является частым спутником злокачественной опухоли, она может быть вызвана как самим патологическим процессом, так и применяемыми методами лечения. Болевой синдром тяжело переживается всеми больными, и это положение относится и к побочным эффектам противоопухолевого лечения,

в частности, лекарственного лечения рака, сегодня являющегося одним из основных методов. Так, современная химиотерапия может быть применена как самостоятельный метод, а может носить адъювантный или неoadъювантный характер. Отличительной чертой этого метода является его длительное применение, как правило, изнуряющее больного и снижающее его адаптивные возможности. Но сегодня говорить об эффективном лечении рака без использования химиотерапии просто невозможно, и поэтому необходимо сосредоточиться на устранении негативных последствий этого метода.

Личность как система отношений субъекта к миру и самому себе — это целостная иерархия значимых для него психологических установок, которые определяют своеобразие внутреннего мира и поведения. Отсюда отношение к заболеванию формируется не только непосредственно под влиянием болезни, но и при помощи восприятия через присущую данному больному иерархию значимого (симптомы болезни, ее последствия, ситуационные моменты).

В структуре реакции на болезнь одним из наиболее важных компонентов является психологическая защита. Это механизм приспособления, он запускается сознанием при столкновении с патологической ситуацией. Психологическая защита может быть столь же полезной (противостояние болезни), сколь и вредной (попустительство болезни). Она заключается в перестройке как осознаваемых, так и неосознаваемых психологических установок личности, в изменении субъективной иерархии ценностей, то есть сдвигах, которые лишают значимости и, тем самым обезвреживают то, что стало психологически травмирующим.

Способность к защитной психологической деятельности выражена у разных людей в различной степени. При хорошей «психологической защите» быстро возникают новые установки при встрече с «препятствием» в своей жизнедеятельности. При плохой «психологической защите» больные оказываются неспособными развивать эту защитную активность даже в более серьезных случаях.

При психологической оценке жалоб следует учитывать последовательность их изложения. Важно, как больной их интерпретирует, на чем больше акцентирует свое внимание. Имеет значение то, как предъявляются жалобы. Робость, неловкость, застенчивость, тревожность, напряженность или, наоборот, спокойствие, открытость. Исходя из этого, можно составить представление о том, как больной понимает свою болезнь, — адекватное восприятие, недооценка серьезности положения, преувеличение опасно-

сти и риска для жизни, витальная угроза и т.д. При определении психологических особенностей больного, в первую очередь, необходимо оценить его интеллект, эмоционально-волевую сферу и поведенческие реакции, обратить внимание на его манеру поведения.

Отношение больного к обследованию и лечению должно рассматриваться применительно к распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания), методу лечения. В этом плане отношение больного может быть положительным, безразличным, отрицательным.

Залогом успешной оценки психологических особенностей больного могут быть следующие положения:

- определение значимости для личности больного как отдельного симптома, так и заболевания в целом;
- установление глубины и интенсивности переживаний, связанных с болезнью;
- выяснение отношения больного к болезни и ее лечению;
- установление типа личностной реакции на заболевание (адекватное или психопатологическое).

У многих больных возникает снижение настроения с оттенком злобной раздражительности, фиксации внимания на соматических ощущениях. Происходит их соответствующая интерпретация, появляются мысли о неизлечимости и, следовательно, обреченности. Такое состояние может быть и при некоторых неонкологических заболеваниях, которые относят к разряду «предопухолевых».

Знание психологии больного, его личностных особенностей и возможностей его понимания и отношения к болезни, безусловно, может и должно повысить эффективность медицинской помощи. М.Я. Мудров писал: «Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они исчерпываются из науки мудрости, чаще из психологии, своим искусством печального утешить, сердитого умягчить, нетерпеливого успокоить, резкого испугать, робкого сделать смелым. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные боли, точку метания».

Не каждому больному необходимо объяснять характер болезни, обследования, лечения и прогноз, а только тем, кто в этом нуждается для пользы лечения. Информация не должна быть противоречивой и неопределенной. Необходимо исключить возможность двусмысленного толкования, в противном случае создается впечатление о неопределенности, что является травмирующим

фактором. Следует также добиваться преодоления неправильных установок в отношении последствий болезни.

Важной задачей является снятие остроты психической реакции на болезнь. Осуществляться она должна с первой встречи с больным. Для него каждая встреча с врачом есть психотерапевтическое воздействие, оно должно освобождать от переживаний, а не быть патогенным и не оставаться нейтральным. От первого контакта зависит — исчезнут или появятся у больного недоверие и страх, поднимутся или снизятся надежды на благополучный исход заболевания. В этом отношении наиболее сложен диагностический период. Случайно или неслучайно услышанные слова «рак», «инкурабельный», «неоперабельный» и другие из арсенала общения медицинского персонала могут послужить пусковым моментом в развитии механизма обострения имеющегося заболевания и служить источником выражения психических срывов и психопатологических реакций. Сообщение больному диагноза злокачественного новообразования — чаще всего задача очень сложная и требует от врача большого такта и умения разобраться в личности больного, его психологическом статусе. При наличии сомнений, они не должны быть известны больному, а отсрочку с постановкой диагноза необходимо солидно обосновывать. Свое истинное положение больной должен узнавать постепенно, «правда должна дозироваться малыми порциями». Имеет значение и возраст больного. Так, молодые люди ждут ответа скорого и быстрой оценки своего состояния, тогда как люди зрелого и пожилого возраста считают подобную ситуацию поспешной, а действия врача поверхностными.

Психологические сдвиги при разных фазах болезни

На формирование соматозогнозий у онкологических больных оказывают влияние, в первую очередь, характер поражения, локализация опухоли и возможные последствия операции или других методов лечения. При изучении структуры психологических сдвигов в диагностическом периоде следует учитывать затрудненность выявления таких больных. С одной стороны, это объясняется достаточно длительным бессимптомным течением опухолевого процесса, невыраженным проявлением признаков дискомфорта. С другой стороны, причина позднего обращения — страх перед возможным диагнозом тяжелого заболевания и неоправданно оптимистичным отношением к возможным последствиям заболевания. В разные периоды контактов с онкологом у больных

можно выделить неодинаковость психического состояния. Выделяют четыре таких периода: предмедицинский, амбулаторный, стационарный и период диспансерного наблюдения. В предмедицинском периоде при появлении первых признаков нездоровья, пациенты не обращаются еще к врачу, а симптомы заболевания чаще относят к случайным явлениям. Такое состояние продолжается чаще всего в течение нескольких месяцев и обращение к врачу следует после появления какого-то нового, пугающего симптома, например, кровотечения. В этот период отмечаются склонность к самоанализу, скрытность больных, поиск объяснения новым ощущениям.

В амбулаторный период — в одних случаях больные нерегулярно и неохотно посещают поликлинику, часто не заканчивают первое обследование. И если симптоматика незначительна, к обследованию и лечению в стационарных условиях относятся отрицательно. У других больных отчетливо выступает реакция испуга, паники, и в ответ на предложение госпитализации они впадают в состояние тревоги, сниженного настроения.

В диагностической фазе привлекается внимание больного к собственному телу, его функциям, но отсутствует понимание грозного значения начавшихся изменений. Нарушения в сфере телесных ощущений, эмоциональной сфере, мышлении придают аутистическую направленность, погруженность больных во внутренний мир переживаний, связанных с состоянием соматического нездоровья. В этот период отмечается заострение личностных особенностей больного.

Особую значимость в формировании соматонозогнозий приобретает степень осведомленности больных о наличии онкологического заболевания. Такой диагноз, как «рак», следует сообщать не в виде достоверного, а только серьезного предположения, при этом следует пользоваться терминами «опухоль», «новообразование», «возможность озлокачествления». При отказе больного от радикального лечения ему следует указать на пагубные последствия такого решения. В отечественной литературе долгое время царила доктрина о «щадящей» лжи. На Западе давно отошли от таких установок. И это стало возможным благодаря активному участию психолога в процессе обследования и лечения больного. Если серьезно разобраться, то подавляющее большинство больных, госпитализированных в онкологические учреждения, хорошо осведомлены о своем диагнозе, и «щадящая» ложь вызывает у них чувство одиночества и создает разрыв между врачом и больным. Поэтому более щадящей оказывается прямая информация от врача, который перед этим должен тща-

тельно изучить личностные особенности пациента. При этом необходимо учитывать и такой фактор, насколько больной действительно хочет знать истинное свое состояние, чтобы не нарушать и механизмы «психологической защиты». Больному желательно сказать правду настолько, насколько она окажется способной мобилизовать защитные механизмы его психики в борьбе с заболеванием.

Таким образом, степень осведомленности больного о диагнозе злокачественного новообразования, его распространенности и локализации, оказывают существенное влияние на формирование соматозогнозий, на их структуру и динамику. Этим самым мобилизуются механизмы психологической защиты, психологической устойчивости в отношении онкологического заболевания, что в известной мере может оказать влияние на эффективность лечения и реабилитации.

У большинства больных, узнавших о наличии опухоли, вначале возникает психологическая реакция в виде стресса, характеризующаяся паническим настроением, негодованием, страхом, гневом, взрывоподобной канцерофобией, нарастанием тревоги из-за ожидания ухудшения здоровья. Это состояние сменяется негативным поведением в отношении болезни; больной стремится отбросить мысль о наличии у него онкологического заболевания — это вызывает психологическое напряжение. Такой самообман, негативизм относительно типичен для лиц, склонных к ипохондрическим и депрессивным типам реакции.

При анализе отношения онкологических больных к своему заболеванию можно различить несколько фаз: шок от сознания неизбежности смерти, отречение, депрессия, раздражительность, примирение. Главными источниками психологического стресса являются осознание больным своего заболевания, создающего серьезную угрозу для жизни, потеря органов, инвалидизация, ухудшение отношений с родственниками и окружающими. Осложняющим обстоятельством являются знания больных о длительности заболевания с нарастанием тяжелых симптомов. Однако осознание тяжелого страдания не исключает игнорирования заболевания.

Таким образом, для диагностического периода в течение онкологического заболевания типичным является наличие психологически стрессовой ситуации. Причем определяющим фактором в формировании соматозогнозии становятся не сами болезненные проявления, которые нередко выражены достаточно слабо, а представления больных о характере последствий заболевания, которые угрожают не только здоровью, но и жизни. Поэ-

тому интенсивность соматонозогностических проявлений находится в зависимости от личностных особенностей, степени информированности о признаках, последствиях, эффективности лечения тех или иных форм онкологических заболеваний. Психологические сдвиги в диагностической фазе болезни, отражая личностную концепцию больного о ней, отличаются отчетливой заостренностью некоторых типов соматонозогнозий. В начале болезни возможны также и нозогнозии (вытеснение болезни). В дальнейшем могут появиться гиперсоматонозогнозии, или может преобладать гипосоматонозогностический тип. Последнее обстоятельство свидетельствует о появившейся тенденции перехода ко второй стадии развернутого заболевания (психологической адаптации к болезни). При наличии определенных личностных особенностей в преморбиде (впечатлительность, ранимость, чувствительность, торпидность, импульсивность и другие) адекватный тип соматонозогнозий может перерасти в патологические формы (преимущественно депрессивные, реже ипохондрические или фобические).

В период активного лечения больные подвергаются хирургическим вмешательствам (как правило, носящим обширный характер), лучевой и лекарственной терапии (химиотерапии), комбинированным и комплексным методам лечения, что и определяет содержание психологических сдвигов. Больные уже располагают достаточными сведениями о сущности своего заболевания и стрессовая ситуация, свойственная диагностическому периоду, сменяется адаптацией к болезни, приспособлением к новым условиям жизни. Поведение больных отмечается снижением активности, инициативы, вялостью, монотонностью, однообразием, иногда тоскливым фоном настроения, отсутствием четких представлений об исходе болезни. В период болезни часты нормосоматонозогнозии с заострением их проявлений как в сторону недооценки, так и переоценки тяжести болезни, формирование адаптационных механизмов способствует приспособлению к лечению (в том числе хирургическими методами), причем здесь начинает влиять и локальный характер онкологического заболевания.

Психологические сдвиги у больных, которые в ближайшее время могут вернуться к привычному образу жизни, обусловлены прежде всего благоприятным исходом лечения и перспективным прогнозом на будущее. О заболевании напоминают лишь регулярные визиты к врачу в онкологическое учреждение. В этом случае часто, наряду с нормосоматонозогнозиями, наблюдаются патологические формы реагирования с преобладанием ипохондрических и фобических вариантов.

У инкурабельных больных в исходной стадии отмечается нарастание самоизоляции, пассивности. В большинстве случаев предсмертный период при длительном течении заболевания не сопровождается переживаниями страха смерти. Представления о неотвратимо надвигающейся смерти подвергаются вытеснению, причем «вытеснение болезни» может перерасти в благополучный фон настроения. У больных, умирающих от злокачественной опухоли, могут наблюдаться различные варианты отношения к надвигающейся неизбежной развязке:

- «адаптивный», с приспособлением к болезни, надеждой на выздоровление;
- «апатичный», с безнадеежностью, безразличием к исходу;
- «зависимый», с требовательностью к окружающим;
- «неприятие болезни», со сварливостью, страхами, ссорами.

Защитное поведение человека обычно заключается в когнитивных и перцептивных стратегиях, несвязанных напрямую с агрессией. В то же время защитное поведение может иметь целью подавление агрессии, а также может увеличивать агрессию и способность к жестокости.

Выделены два основных фактора совладания (coping — механизмы) поведением: инструментальное овладение ситуацией и эмоционально ориентированные стратегии. Факторы защищаемого поведения: когнитивная защита и защитная жестокость.

Фактор защитной жестокости включает гнев, насилие, а также такие психологические механизмы, как проекция.

Этот фактор тесно связан с агрессивным поведением и с возникновением жестокости как основного радикала межличностных отношений. Корреляция этого фактора с широко применяемыми шкалами агрессивного поведения не обнаружена.

При наличии некоторых асоциальных тенденций со склонностью к импульсивным необдуманным поступкам, застойностью и ригидностью аффекта, повышенной обидчивостью агрессивное поведение носит деструктивный характер. В случае, если имеется определенный дефицит поведенческих навыков реализации агрессии, личность характеризуется недостаточным интересом к межличностному общению, сниженной способностью устанавливать и развивать взаимоотношения с окружающими людьми, невротическими чертами в структуре психического состояния (Солыбева С.Л., Незнанов Н.Г., 1993).

Таким образом, в терминальной стадии у онкологических больных довольно часто встречаются диссоматонозогнозии (вытеснение болезни).

При генерализации опухолевого процесса онкологические больные испытывают тяжелейшие физические и моральные страдания, приводящие больных в отчаяние. Основной причиной отрицательно окрашенных переживаний являются постоянные и интенсивные боли, и поэтому болевой синдром играет определяющую роль в формировании психологических сдвигов, именно он проецируется на биологический уровень отношений «больной-болезнь». Создается впечатление непосредственного реагирования на болезненные отношения без активного участия оценочно-го этапа соматозогнозии.

Существенной проблемой онкологических больных в практике паллиативного ухода является их суицид. Самоубийство — эта «забытая проблема» (как она была охарактеризована ВОЗ) напомнила о себе в 50-х годах бурным ростом суицида. Любая программа социального предупреждения может считаться достаточно полной и рационально обоснованной лишь в том случае, если ей предшествуют соответствующие научные исследования и практические разработки. Более распространенными мотивами самоубийства являются неизлечимые болезни, смерть близких. Социальные факторы носят, как правило, косвенный характер.

Психологическое состояние, в котором принимается суицидальное решение, характеризуется как кризисное; человек испытывает целую гамму негативно окрашенных эмоций: чувства беспомощности, уязвимости, отчаяния, непереносимой тоски, личной катастрофы.

Другой (полярной) формой протекания кризиса является безразличие к жизни, утрата интереса к жизни и желание из нее уйти.

Предлагается двухплановая задача профилактики самоубийств:

- проблема выявления и изучения стрессогенных факторов, действующих на человека, и разработка мер предотвращения или нейтрализации этих факторов — задача, которая должна решаться прежде всего врачами и психологами;
- своевременное купирование психологического кризиса.

Серьезным социальным показателем в работе хосписов и учреждений паллиативной медицины и ухода является летальность больных в круглосуточном стационаре. В Ульяновском областном хосписе она составила: в 1996 году — 57,98%, в 1997 году — 60,1%, при средней продолжительности койко-дня в 1996 — 25,4 дня, в 1997 — 45 дней, что выше, чем в подобных учреждениях других городов России.

Заслуживает внимания зарубежный опыт работы с родственниками, их социально-психологическая реабилитация после

смерти больного. Неотъемлемой частью паллиативного ухода, его философии и принципов является работа с родственниками больного. Сотрудничество близких, друзей пациента с персоналом хосписа, принятие совместных решений, значительно облегчает уход за больным. Правильно выбранная тактика поведения родственников по отношению к обреченному помогает ему спокойно уйти из жизни, принять смерть как естественный процесс. В первые год-два после потери близких заболеваемость и смертность их родственников возрастает; по одним источникам — на 40%, по другим — в 2-3 раза.

Специалисты Хосписа Св. Христофора (Англия), с работой которого мы познакомились, предлагают психологическое стадирование осознания проблемы потери близкого человека. Скорбь — адаптирующее, необходимое и важное для здоровья состояние, которое включает в себя:

- шок (неверие в смерть) — ранняя реакция, сильная сначала и утихающая с течением времени. Выражается в ослаблении памяти и ее неспособности функционировать нормально, в отвлекаемости (рассеянности внимания), потере аппетита, бессоннице;
- отрицание смерти — или отказ верить. Это состояние может вызвать большие затруднения, т.к. требует определенного поведения. Некоторые пациенты пребывают в неверии до смерти (и это их вариант справиться с ситуацией). Иногда неверие является попыткой защитить любимых людей от боли;
- нежелание вспоминать, волнение и гнев — злость — нормальная реакция на потерю контроля. Для злости должна быть мишень, и часто ею становится совершенно неподходящий человек;
- страх и тревога — комплексная реакция, проявляющаяся во многих вариантах, включая слезы, социальное отстранение, нервозность, бессонницу, плохой аппетит;
- надежда и отчаяние — депрессия — проявляются обычно циклично. Состояние пациента колеблется от одного к другому, депрессия может последовать за отчаянием;
- осознание смерти.

Эти чувства могут возникать не в определенной последовательности, и трудно разложить их на конкретные части. Люди испытывают часто несколько из них одновременно.

Работа с родственниками в рамках паллиативного, хосписного ухода может разделяться на несколько этапов:

- встречи персонала с окружением больного на дому;

- телефонные консультации;
- встречи и работа с персоналом в стационаре (дневном центре);
- поддержка родственников после утраты близкого.

Несомненно, что для такого объема работы необходимо наличие достаточного количества обученного персонала в лице психологов, психотерапевтов, социальных работников, медицинского персонала. Сегодня в России очень трудно оказать в полной мере психотерапевтическую поддержку родственникам больных, так как проблемы самих обреченных решаются с огромным трудом. Но практика зарубежных хосписов показывает, что умелая работа с близкими больных не проходит даром, эти люди нередко оказывают помощь хосписам в дальнейшем.

По отношению к близким обреченного должна проводиться тактика, основанная на знании, что «родственников умирающего необходимо чем-то занять», однако на практике достаточно трудно поддерживать постоянную связь с семьей и близкими в виду нехватки специалистов, времени, волонтеров, необходимых в паллиативном уходе.

Следующей общей проблемой близкого окружения больного является сложная социально-экономическая ситуация в которой оказывается семья. В России проблема обеспечения онкологических больных необходимыми медикаментами сегодня очень остра, часто их просто не хватает; а то, что можно приобрести, непомерно дорого. Семьи нередко оказываются в сложном материальном положении, так как лечение в престижном заведении нередко оказывается невозможным.

Мы еще только начинаем наблюдать становление бесплатных учреждений-хосписов, но в России их возможности крайне ограничены.

В качестве помощи со стороны персонала хосписа предлагается психотерапевтическая поддержка, заключающаяся в купировании чувства вины у родственников, близких умершего.

Для того, чтобы работа строилась грамотно, четко, необходим хорошо подготовленный персонал, деятельность которого не сводилась бы к формальным отношениям «врач-пациент», а имела бы более глубокую, антропологическую направленность.

III.1.2. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА: ДЕРЕВО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ

Смерть ребенка — одно из наиболее стрессовых и травматических событий, которые могут произойти в любой семье, оставляя пожизненный след. Этап паллиативной терапии ребенка с онкогематологическим заболеванием не всегда предшествует его смерти. Однако, если не рассматривать причины, от которых дети погибают на различных этапах интенсивной ПХТ (инфекции, кровотечения, ятрогении), то смерть от прогрессии основного заболевания чаще всего наступает на фоне комплекса паллиативных мероприятий. В отличие от детально структурированных протоколов программной полихимиотерапии и сопроводительного лечения, паллиативная помощь сегодня не имеет четко очерченных показаний, отработанных организационных форм и порой сводится к бессистемному посиндромному подходу. Зарубежные модели паллиативной помощи в детской онкологии настолько тесно переплетены с социально-экономическими особенностями жизни общества, что не могут быть механически заимствованы для применения в отечественной практике. Однако, независимо от существующих различий, в любой детской онкогематологической клинике спектр медицинских и психосоциальных проблем терминального периода болезни ребенка, а также последовательность принимаемых решений определяются некоторыми сходными закономерностями, которые будут рассмотрены ниже.

Показания к началу паллиативной терапии

При всей кажущейся простоте, решение о переходе на паллиативное лечение иногда является результатом длинной цепи предшествующих шагов.

Когда ребенок со злокачественным новообразованием страдает от рецидива, то нет четких критериев того, когда необходимо остановить ПХТ и сфокусироваться на паллиативной помощи. Мнения на этот счет среди онкологов широко варьируют; процент детей, которые умирают от прогрессирующего заболевания без проводимой химиотерапии, может составлять от 0 до 30%. Многие обстоятельства, как осознаваемые, так и неосознанные, могут влиять на практического онколога, в то время как о процессе принятия столь трудных и стрессовых решений написано неоправданно мало (Maher E.J., Jefferis A.F., 1990).

Некоторые из этих факторов хорошо известны, включая вероятность полного излечения или продолжительной ремиссии при дальнейшей радикальной терапии, возможность применения медикаментов второй линии, переносимость ребенком предшествующего лечения как в физическом, так и в психологическом смысле. Некоторые области менее ясны и определяются индивидуальным подходом детского онколога: насколько легко он откажется от борьбы, какой интерес имеет к новым медикаментам, насколько убежден, что родители должны разделять ответственность за принимаемые решения, а также в каком возрасте и насколько они доверяют самим детям сотрудничать (Nitschke R. et al., 1982; Kamps W.A. et al., 1987).

С момента принятия решения о переходе на паллиативную терапию становится особенно важным способ общения с семьей, хотя и в другие периоды болезни невозможно пренебрегать им. Манера получения информации и эмоции, которые она вызывает, остаются в памяти на всю жизнь и могут впоследствии влиять на семейный способ справляться с проблемными ситуациями (Woolley et al., 1989). Важно оставить семью с ясным сообщением, что, хотя ребенок не может быть вылечен от рака и умрет, они не будут оставлены без помощи и внимания. Родители должны понимать, что теперь будет использовано паллиативное лечение, и иметь общее представление о том, как оно организуется. Врач должен осознавать, что родители ребенка принимают труднейшие решения и вынуждены делать это быстро, иногда вдали от дома, в отсутствие тех, кто обычно оказывает поддержку.

Традиционно, обеспечение терминальной помощи является задачей детского онколога, составляя отчетливый контраст с детально описанными и тщательно мониторируемыми протоколами полихимиотерапии. Паллиативная помощь гораздо вариативнее и в большей степени отражает умение и личный опыт врача. При планировании терминальной помощи врачу важно быть максимально гибким, предоставляя семье максимум допустимых возможностей выбора. Тот, кто сказал ребенку и семье, что излечение больше невозможно, все-таки должен оставить их с ощущением надежды. В данных обстоятельствах надежда переориентируется с излечения на комфорт (Lansky S.B. et al., 1989). Комфорт включает любящее окружение, свободу от многих диагностических и лечебных процедур и контроль над болью.

Хотя в наши дни по-прежнему детский онколог отвечает за организацию оптимальной помощи для умирающего ребенка и его семьи, все чаще в современном лечебном подходе за рубежом ра-

бота и ответственность онколога разделяется со специалистами в области паллиативной медицины.

Показания к началу паллиативной терапии могут быть абсолютными, относительными или же полностью отсутствовать, несмотря на ее проведение. Разветвленное дерево принятия решений о начале паллиативной терапии представлено на рис. III.1.2.1. (стр. 270-271).

Комментируя алгоритм, отметим, что на том этапе, когда у ребенка прогноз не является фатальным, и существуют реальные шансы на выздоровление, вынужденное начало паллиативной помощи связано с проблемой родительского отказа от интенсивной терапии. По сути, два ведущих обстоятельства определяют начало паллиативного этапа: прогноз болезни и отказ родителей от куративного подхода. Отдельной проблемой является переход на альтернативные (нетрадиционные) методы лечения, что здесь нами не рассматривается, а также полное отсутствие помощи ребенку, что бесспорно требует правового решения.

Отказ родителей и/или ребенка от радикальной терапии в диагностическом периоде

Многочисленными исследованиями установлено, что надежда на излечение, понимание природы своего заболевания и вера в своего врача — самые важные факторы для получения согласия на предлагаемое лечение (Холланд Д., 1995).

Для детей с впервые установленным онкологическим диагнозом переход на паллиативное лечение является довольно редким событием. Абсолютно показано ее проведение при первичной химиорезистентности больного (non-responder), что становится ясным по прошествии некоторого времени. Остальные ситуации столь раннего перехода на паллиативное лечение являются, как правило, результатом родительского отказа от проведения программной ПХТ либо еще в диагностическом периоде, либо после выхода пациента в первую ремиссию. Ранний отказ родителей от радикальной интенсивной ПХТ, бесспорно, отражает их дезадаптацию в сложной жизненной ситуации. В связи с этим практически важно изучение семейного анамнеза и выявление факторов риска дезадаптивного поведения.

Факторы, определяющие семьи высокого риска (Hersh S.P., Wiener L.S., 1989)

- семьи с одним родителем или полные семьи, функционирующие как семьи с одним родителем (например, супруг

часто в отъезде, или «трудоголик», или работает больше чем на одной работе или смене);

- предшествующие хронические проблемы физического или ментального здоровья;
- родитель недееспособен по причинам физического или ментального здоровья;
- экономические проблемы: малоимущие; разорившиеся семьи среднего класса; безработные или не имеющие страхового медицинского полиса; хронический финансовый стресс в семье;
- развод или раздельное проживание супругов;
- семья, созданная в повторном браке;
- хронические неразрешенные конфликты: родитель-родитель, родитель-пациент, родитель-другой ребенок, сиблинг-сиблинг, дедушки и бабушки — родители, дедушки и бабушки — ребенок;
- языковые различия: иммигранты, иностранцы, представители значительно отличающихся субкультур;
- семьи, удаленные от сети их культуральной поддержки из-за необходимости оказания медицинской помощи ребенку.

Современная демографическая ситуация в нашей стране формирует семьи с таким сложным сочетанием вышеуказанных факторов риска, когда длительное планомерное лечение ребенка с онкозаболеванием становится для родителей непосильной задачей. Исходящий из такой семьи отказ от радикального лечения ставит онколога в ситуацию вынужденного назначения паллиативного комплекса мероприятий (в лучшем случае) либо же в худшем случае приводит к потере ребенка из-под наблюдения (lost of follow-up). Надо полагать, что разработка процедуры оформления отказа требует своего дальнейшего развития и не может ограничиваться всего лишь подписанием одним из родителей наспех составленной расписки. Если же ребенок с благоприятным прогнозом онкозаболевания не получает никакой медицинской помощи по родительской вине, то это безусловно должно решаться на юридической основе, хотя прецеденты в отечественных клиниках единичны.

В современной литературе описан широкий спектр дезадаптивных поведенческих реакций родителей ребенка с жизнеугрожающим заболеванием. Прогностическое значение их таково, что должно настораживать медперсонал в отношении последующего отказа от радикальной терапии. Наиболее полно адаптивные реакции родителей систематизированы Herish S.P., Wiener L.S. (1989).

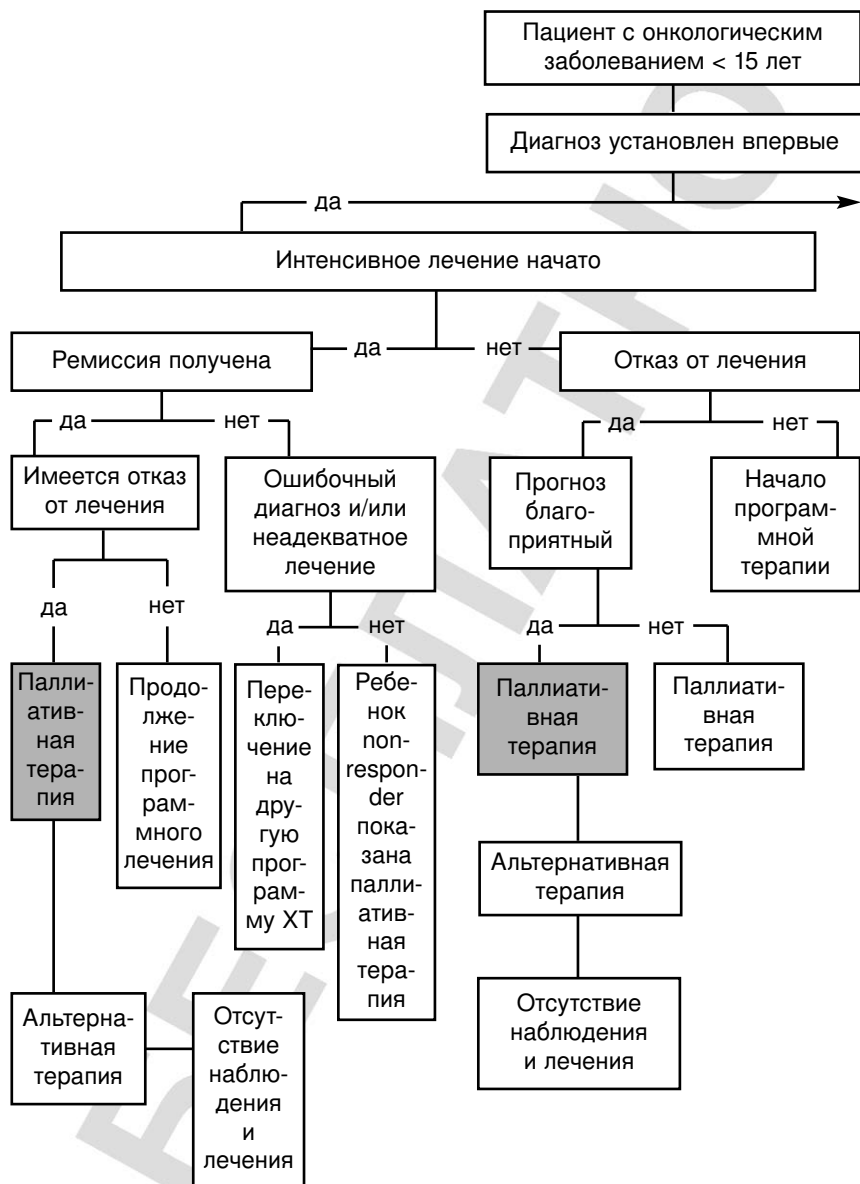
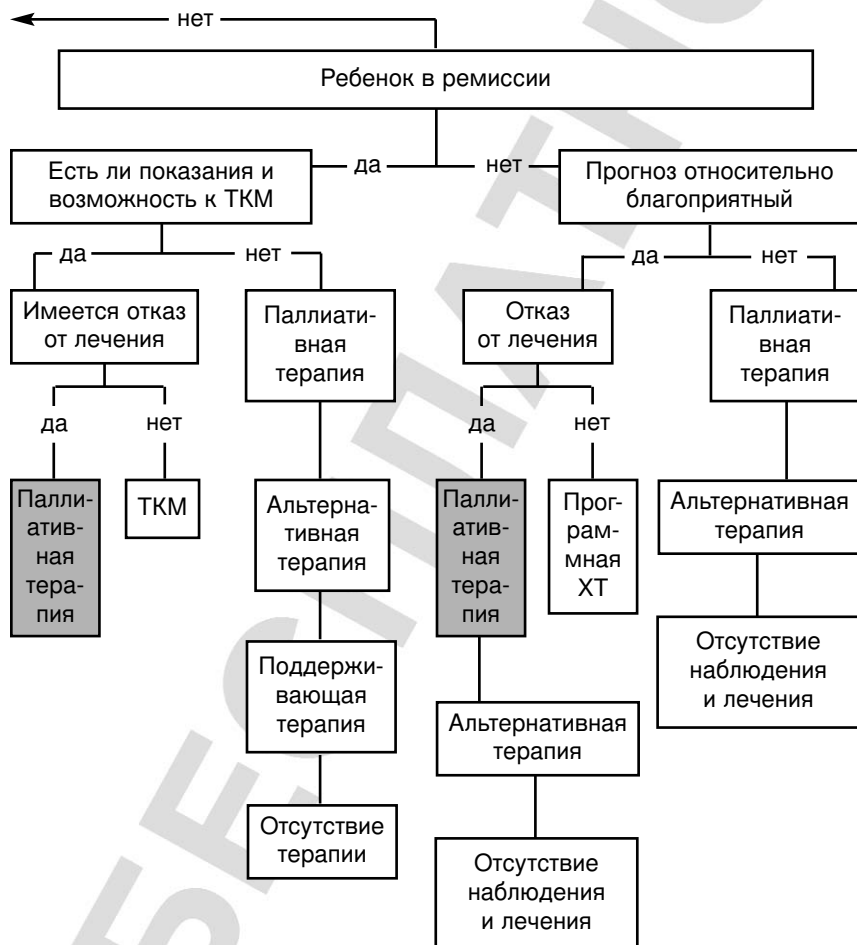


Рис. III.1.2.1. Алгоритм принятия решения о начале паллиативной терапии в детской онкогематологии



Примечание: — медицински необоснованный, вынужденный переход на паллиативное лечение.

Спектр адаптивных реакций в диагностическом периоде

Мальадаптивный ответ:

- полное и безоговорочное принятие ситуации, неограниченная уступчивость или бурный отказ принять диагноз и его объяснение;
- «выторговывание» лучшего, более приемлемого диагноза (рассматривание более, чем трех мнений), в то время как избегается потенциально куративное лечение;
- родители неспособны выполнять обычные дела в интересах пациента, сиблингов, самих себя или семейной системы;
- рудиментарная коммуникация между членами семьи; нарастающее самобичевание, гнев и депрессия; использование «разбивающих» защит, таких как избыточный критицизм к одним членам персонала при возвеличивании других; припадки гнева, направленного на врачей, сестер, «систему» в целом;

Ранние симптомы проблем адаптации:

- забывание или частичное отрицание диагноза и/или прогноза (например, неспособность запомнить название болезни или лекарств);
- неспособность задавать вопросы или неистовая активность, повторение одних и тех же вопросов;
- пассивные, замедленные реакции;
- псевдозанятость как объяснение невозможности «потолковать» о чувствах; частичный уход от близких (завеса молчания); невыражение чувств к медработникам;

Адаптивный ответ:

- родители и другие члены семьи понимают диагноз и прогноз;
- способность добиваться нужной информации у медперсонала, задавать вопросы, делать заметки, добывать второе и третье мнения;
- способность находить в случае необходимости подходящее объяснение для пациента и сиблингов; готовность изменить жизненный стиль и ритм ради приспособления к лечебно-диагностическому процессу;
- способность выражать чувства в семье и среди медицинского персонала (врач, медсестры, социальный работник, психолог).

Возможные формы работы с родительскими отказами от терапии в отечественной литературе практически не обсуждаются. В зарубежной медицинской периодике первые публикации на эту тему относятся к концу 70-х годов, когда в связи с улучшением результатов терапии острого лимфобластного лейкоза и неходжкинских лимфом у детей отказ родителей от лечения стал рассматриваться как неоправданный и нерациональный. Как показывает ретроспективный анализ, родители отказываются от лечения по религиозным убеждениям, в пользу методов лечения с недоказанной эффективностью, из уверенности в никчемности лечения или ощущения, что лечение ребенка искажает родительский стиль жизни. Дети отказываются от лечения, потому что им не нравятся его побочные эффекты, болезненные процедуры или из-за ощущения безнадежности заболевания. Некоторые семьи отказываются от лечения на определенном этапе, но позже просят возобновить его. Ведение этих случаев в значительной мере зависит от прогноза. Особенно важными в этом отношении стали работы Lansky S.B., впервые предложившей ряд практических решений проблемы.

Как отмечено Lansky S.B. еще в 1979 году, «с продолжающимся прогрессом в лечении и возможностью излечения для значительного числа пациентов, вопросы о законности и обоснованности отказа родителей или самого ребенка от лечения будут еще более частыми и настойчивыми». Согласно законодательству США, родители ребенка не вправе отказаться от его лечения, если при использовании данной терапии доказана возможность спасения жизни. Родители могут отказаться от лечения, сопряженного с высоким риском, которое потенциально эффективно, но это не продемонстрировано окончательно. Исходя из указанного, автор предлагает ряд правовых решений проблемы отказов от лечения, не оставляя без внимания и медицинские ее аспекты.

Неоднозначность принимаемых решений в области отказа родителей от радикального лечения поддерживается тем, что лечение никогда не бывает абсолютно предсказуемым, и терапия часто влечет за собой риски. Шансы ребенка на излечение выражаются статистически (например, 90% детей с определенными опухолями выздоравливают и не имеют признаков заболевания в течение 5 лет после установления диагноза). Следовательно, мы не можем точно предсказать исход заболевания у конкретного ребенка.

Другой фактор дополняет двусмысленность природы лечения. Теоретически, любое лечение имеет побочные эффекты, которые, по крайней мере, некомфортны и зачастую связаны с некоторым риском заболеваемости и смертности. Большинство побоч-

ных эффектов противоопухолевого лечения кратковременно и обратимо. Другие (например, ампутация пораженной конечности) приводят к постоянной утрате функции; некоторые (например, облучение) могут иметь поздние инвалидизирующие побочные эффекты. Однако, в целом риск минимален по сравнению со смертностью от самой болезни.

Когда сам ребенок (обычно подросток) отказывается от лечения, то основные мотивации включают неверие в результат лечения, чувство беспомощности, стресс вследствие побочных результатов терапии или сочетание перечисленного. Отказываясь от лечения, некоторые подростки самоутверждаются, доказывают окружающим свою независимость и демонстрируют, что они способны сами распоряжаться своей собственной судьбой. Это — другая ситуация, в которой превентивные меры более эффективны, чем попытки вмешаться в кризис. Профилактические меры заключаются в вовлечении подростка в дискуссию и процесс принятия решений с самого начала. Когда подросток активно отказывается от лечения, то лечащему персоналу нужно спокойно выяснить, какие факторы повлияли на его решение, поговорив с ним в корректной манере. Если пациент думает, что родители, не считаясь с ним, сами принимают все решения, и отказ от лечения является для него попыткой самоутверждения, то следует, откровенно «подвинув» родителей, позволить подростку играть ведущую роль в общении с персоналом. Тем, кто считает, что лечение безнадежно, может быть четко представлено соотношение «риск/выгода», в частности, когда лечение является паллиативным. Стресс и дискомфорт от побочных эффектов лечения — самые частые причины отказа ребенка от терапии и самые трудные вещи для понимания взрослых (семьи и лечащего персонала), так как эти чувства рассматриваются ими как нарциссические и недалёковидные. Подросток существует в «здесь и сейчас», а не в будущем, и не всегда способен к зрелой прогностической оценке происходящего. Специалист в области ментального здоровья, не вовлеченный напрямую в лечение ребенка, может существенно помочь в этих вопросах. Кроме того, полезен креативный нестандартный подход к ведению симптомов (например, смена помещения, в котором проводится химиотерапия у пациентов с тяжелой ожидаемой тошнотой и рвотой; тщательный подбор соседей по палате; предоставление некоторых исключительных прав и т.д.). Некоторые подростки все-таки никак не могут ясно представить и до конца понять жизнеугрожающую природу своей болезни. В этом случае лишь беспристрастный фактический подсчет того, что может случиться без лечения, включая прогрессию болезни и смерть, может предоста-

вить пациенту возможность увидеть свое будущее. Разумеется, это последний из возможных методов.

Как подчеркивается в исследовании Урядницкой Н.А. с соавт. (1997), существующая у ребенка концепция болезни в существенной мере определяется родительским отношением, установками родителей и их взглядами на лечение и саму болезнь. Так, экстрапунитивная установка (обвиняющая окружающих) у родителя служит предпосылкой возникновения у ребенка чувства отчужденности, отвергнутости, малоценности, усиленной защитной установки, негативного восприятия врачей вплоть до деструктивной реакции отказа и отрицания.

Когда врач взвешивает вопрос о законности отказа от терапии и решает, что нельзя следовать пожеланиям родителей или ребенка, то он неизбежно встречается с трудностями, возникающими при попытке действовать в интересах ребенка против его собственной или родительской воли. Широко распространенное мнение о священной неприкосновенности родительских прав не разделяется большинством взрослых, участвующих в обсуждении случаев жестокого, насильственного, изуверского обращения с ребенком. Права ребенка в данном случае могут и должны защищаться в судебном порядке. Однако, когда встает вопрос о катастрофической, жизнеугрожающей болезни и агрессивное лечение пролонгируется, то суд может быть более симпатетичен к родительскому страданию, чем к преимуществам лечения для ребенка (Lansky S.B., 1978). В тех странах, где в течение ряда лет принята практика документально оформляемого информированного согласия, при отказе самого ребенка от дальнейшей радикальной терапии встает проблема его дееспособности использовать данный документ.

Во многих странах Европы и США принято законодательство, согласно которому показано обращение за помощью в органы суда и опеки, если родители хотят прекратить лечение ребенка с хорошим прогнозом. Своевременное сообщение врача о таких детях как о случаях медицинской запущенности приводит, в конечном счете, к возобновлению лечения. Однако, даже при лучших обстоятельствах драгоценное время упускается в ожидании решения суда, что потенциально ухудшает прогноз выживаемости для ребенка. Для ребенка с плохим прогнозом и со строго недоказанной эффективностью дальнейшего лечения нецелесообразно извещать суд о действиях родителей, желающих прекратить терапию вопреки мнению врачей. Когда интенсивная куративная терапия может дать минимальные результаты или же будет бесполезна ребенку, то в его оптимальных интересах будет сохранение взаимо-

связей с родителями и семьей, а также максимально возможная поддержка и симптоматическая помощь. Это достигается в результате продолжающегося контакта с родителями и семьями, которые в противном случае могли бы быть потерянными из-под наблюдения. Хотя это может показаться противоречивым, но та же самая детская онкологическая команда, которая сообщила в суд, может позже оказывать эмоциональную поддержку семье, продолжая с усилием работать с семьями, которые негативно настроены из-за предшествовавших судебных процедур. Такой подход в течение многих лет эффективно используется за рубежом в случаях грубого и унижительного обращения с ребенком (Sander T.N., 1972).

По-видимому, и в нашей стране прошло время, когда считалось приемлимым просто зафиксировать родительское решение прекратить терапию и «дать ребенку спокойно умереть» или наблюдать нетрадиционное или неадекватное лечение. Работа в области гарантии прав на лечение ребенка становится все более актуальной в детской онкогематологической практике, хотя подходы к данной проблеме находятся в стадии разработок.

Отказ от радикальной терапии при развитии рецидива

Как следует из рис. III.1.2.1, при развитии у ребенка рецидива онкозаболевания частота принятия решений о начале паллиативной терапии становится гораздо выше, чем в дебюте. Рецидив болезни может быть толчком для родителей, чтобы начать рассматривать альтернативные методы лечения. Газеты, журналы, кампании по сбору средств (fund-raising events) и телевизионные ток-шоу распространяют информацию о «прорывах» научных исследований в онкологии и необщепринятых методах лечения таким театральным образом, что для обывателей зачастую трудно оценить истинную ценность этих сообщений. В результате родственники и друзья советуют семье перевести ребенка в более престижный онкологический центр или начать интересоваться экспериментальными методами лечения.

В большинстве случаев родители продолжают лечение в уже известном им отделении, среди давно знакомого персонала и отказываются подвергать ребенка непроверенным методам лечения. Несмотря на это, они могут испытывать вину и беспокойство о том, что отвергли возможное «чудесное лечение». Некоторые поведенческие реакции родителей при развитии рецидива могут в ряде случаев провоцировать их решение не только использовать альтернативные методы, но и совершенно прекратить интенсивную куративную терапию.

Спектр адаптивных реакций при развитии рецидива
(Hersh S.P., Wiener L.S., 1989)

Мальадаптивный ответ:

- эмоциональный и физический уход от больного ребенка или других членов семьи; обвинение других в рецидиве или злость на «козла отпущения»;
- избегание всех видов поддержки без надежды на новую ремиссию, несмотря на лечение; адинамия с клиническими симптомами беспокойства, депрессии, тяжелых нарушений сна; неспособность выполнять ежедневные обязанности;

Ранние признаки адаптивных проблем:

- продолжающийся крик; «пережевывание» всех возможных опасностей; нарушения сна; стремление остаться в одиночестве;
- замедленный ответ на известие о рецидиве и пессимистические ожидания; безучастное поведение, исключающее вопросы или поиски информации;

Адаптивный ответ:

- принятие в качестве нормальных реакций шока, беспокойства, неверия, страха, гнева, злости и печали; способность выражать и разделять эти чувства в семье;
- мобилизация самих себя и всей семейной системы на понимание новой медицинской ситуации и поддержка пациента в терапии, направленной на получение следующей ремиссии;

Несмотря на все предпринимаемые врачами усилия, некоторые родители все же обращаются к нетрадиционным и даже эзотерическим методам лечения. Подход к этой ситуации также, как и при установлении диагноза, зависит от прогноза ребенка. Для ребенка с благоприятным прогнозом важно заботливо разъяснить семье всю информацию о достижении хорошего результата лечения при адекватной терапии. Если родители настаивают на своем отказе, то зарубежная практика заключается в привлечении помощи органов суда и опеки. Использование положений о насилии над ребенком и статусе жестокого обращения с ним может быть единственным способом добиться того, чтобы ребенок с излечимой болезнью получал адекватную общепринятую терапию. Такие меры должны предприниматься только после исчерпания всех

усилий по работе с родителями. Когда прогноз плохой, несмотря на адекватную терапию, и родители стремятся к нетрадиционному лечению, то вновь показана расширенная беседа с семьей. Даже если родители обращаются к альтернативному лечению, то они должны быть уверены в том, что медицинский персонал продолжает быть заинтересованным в судьбе ребенка и обеспечит его лечение при пересмотре родительской точки зрения.

Где ухаживать за ребенком

Когда больше не остается никаких надежд на излечение, семья впервые встречается с выбором: где ухаживать за своим умирающим ребенком. В начале XX века тяжело и безнадежно больные дети традиционно умирали дома; их смерть в больнице лишь позже стала обычным явлением. В настоящее время, в результате последовательного пересмотра всех «за и против», лечение терминальных пациентов на дому вновь считается наиболее целесообразным и становится общепринятым в детской онкологической практике. Как указывает Patel N. (1992), в современной Европе большинство родителей выбирают лечение их умирающего ребенка на дому. В целом, амплитуда возможностей по паллиативному уходу за ребенком включает лечение:

- а) в онкологическом центре;
- б) в больнице по месту жительства;
- в) дома;
- г) в хосписе.

Необходимо предоставление семье свободного выбора и обсуждение с родителями преимуществ и недостатков каждой ситуации, чтобы они могли выбрать именно то, что им подходит. Доминирующими опасениями родителей перед организацией помощи на дому является страх неконтролируемости клинических симптомов, особенно боли, а также страх незнания времени фактической смерти ребенка (Patel N., 1992).

Онкологический центр может обеспечить семье немаловажное ощущение защищенности и продолжающегося лечебного процесса, что психологически значимо и для медицинского персонала, с которым родственники давно и близко знакомы. С другой стороны, для семьи и персонала специализированного онкологического отделения имеются многие невыгодные обстоятельства. Окружающая обстановка безусловно казенная и часто стесненная; кроме того, родители на фазе терминальной помощи постепенно утрачивают чувство контроля за ходом лечения. Существует отчетливый контраст между неспешным ходом, стереотипны-

ми нуждами паллиативного лечения умирающего ребенка и позитивным подходом к куративному лечению других пациентов отделения. Описанный контраст очевиден для семей и труден для персонала, который колеблется между этими двумя возможностями. Онкологический центр чаще всего расположен вдали от дома, приезжать на осмотры туда трудно. Детская больница по месту жительства ребенка может обеспечить ему более благоприятное окружение, но, скорее всего, знает семью хуже и не имеет обширного опыта паллиативной терапии, в частности, при использовании мощных анальгетиков.

Лечиться дома в семейном окружении почти всегда есть предпочтение самого ребенка. Это дает родителям возможность поддерживать семейную жизнь как можно ближе к нормальной и продолжать контролировать лечение их ребенка. Очевидно, что таким образом редуцируются последующие отдаленные проблемы скорбящих родителей и сиблингов (Lauer et al., 1983; Mulhern et al., 1983). При организации терминальной помощи на дому тяжелая ответственность падает на родителей, также как и на участковую педиатрическую службу, которая редко встречается с умирающим ребенком и может оказаться плохо подготовленной к его медицинским и эмоциональным нуждам. Исходя из этого, многие детские онкологические отделения развивают и совершенствуют свои возможности по паллиативному домашнему уходу и лечению. Зарубежный опыт включает несколько функциональных моделей оказания паллиативной помощи на дому детям в терминальной фазе онкозаболеваний. Содержание и структура их варьирует в зависимости от местных возможностей и ресурсов и включает центрально базированные команды (бригады), которые выезжают к ребенку на дом (Goldman A. et al., 1990), специалистов-медсестер, базированных в местных больницах (Chambers E.J. et al., 1989) и службу общепедиатрических медсестер (Kohler J.A., 1985).

Например, в 1986 году с обеспечением команды симптоматического лечения в отделении онкогематологии госпиталя Great Ormond Street (Лондон), семьи, которые выбрали домашнее симптоматическое лечение, имели психосоциальную поддержку и связь с их участковой службой, обеспеченную 24-часовой телефонной коммуникацией (вызовы по телефону). В результате процент семей, в которых дети умерли дома, изменился с 19% между 1978-81 гг. (до внедрения подобной службы) до 75% между 1987-89 гг. (Goldman A., 1992). Подобная модель могла бы быть использована в некоторых крупных российских городах, однако, для оказания подобной паллиативной помощи сельским детям до сих пор нет разработанных схем. Учитывая значительную территориаль-

ную и коммуникационную разобщенность центров оказания специализированной детской онкогематологической помощи и сельских семей с терминально больным ребенком, большинство таких пациентов в нашей стране получает паллиативную помощь в условиях круглосуточного или дневного онкогематологического стационара.

Взрослые онкобольные все чаще имеют возможность получать хосписную помощь, однако для детей имеется первый отечественный опыт оказания подобной помощи лишь в Москве, Санкт-Петербурге и Минске, что, разумеется, не охватывает нужд всех терминальных онкопациентов в возрасте от 0 до 15 лет.

Необходимо отметить, что среди прочих преимуществ оказания терминальной паллиативной помощи ребенку в домашних условиях ряд авторов указывают более адекватное адаптирование родителей к смерти. Исследования, которые описывают адаптацию семьи после смерти ребенка в больнице, сообщают о многочисленных трудностях. Сохраняющееся, не имеющее разрешения чувство вины является наиболее существенным наблюдением во многих исследованиях (Kaplan D.M., 1976; Lewis I.C., 1976; Tietz W., 1977). Так, в исследовании 40 семей, опрошенных через 3 месяца после смерти их ребенка от лейкемии, 35 семей (82%) манифестировали болезненные реакции горя у одного или более членов семьи. Эти реакции включали ежедневные посещения кладбища, отказ об упоминании погибшего ребенка или упорное лечение воспоминаний о том, как он погибал. Клинические проявления депрессии имели 65% родителей при опросе в сроки от одного до трех лет после смерти их ребенка (Tietz W. et al., 1977). Наиболее распространенными были проблемы на работе (60%), трудности у сиблингов в школе (43%) и супружеские разногласия (70%). Частота разводов родителей, чей ребенок умер от лейкемии, составила 50%; кроме того, от 25 до 50% семей получали психиатрическую помощь для одного или более членов семьи (Kaplan D.M., 1976). Даже при кратком обзоре проблем родительской адаптации к смерти становится ясным исключительное значение психосоциальных последствий этого события. Поэтому принятие решения о том, где оказывать паллиативную помощь ребенку (в больнице или дома), обязательно должно включать прогностическую оценку последующих семейных проблем. Одним из наиболее ранних исследований по данному вопросу является сравнительное изучение, проведенное Lauer M.E. et al. (1983). Автором было постулировано, что участие семьи в физическом и эмоциональном уходе за умирающим ребенком дома может редуцировать чувства беспомощности, беспокойства, стресса и вины.

Адаптация родителей к смерти после ухода на дому оказалась более благоприятной, чем после терминального лечения и смерти вне дома. Место смерти ребенка существенно повлияло на уровень родительской вины в динамике. Рейтинги, полученные родителями, обеспечившими помощь на дому, показали достоверное снижение чувства вины на протяжении 6-12 месяцев после смерти ребенка. Наоборот, родители, не обеспечившие домашнего ухода, обнаружили нарастающее чувство вины на протяжении терминальной госпитализации их ребенка, что не прекращалось даже через год после его смерти.

Кроме того, родители умерших в домашних условиях детей лишь в 23% случаев заявили, что эта смерть отрицательно повлияла на супружество; 25% не отметили никакого взаимодействия; 52% — положительное. Среди родителей, чьи дети умерли в больнице: 46% — отрицательное воздействие, 29% — без последствий и 25% — положительное. После смерти ребенка, проводшего свои последние дни в домашних условиях, 88% родителей сообщили, что верят в Бога не меньше, чем ранее. В группе же родителей, чьи дети умерли в больнице, 50% заявили, что их вера в Бога снизилась.

Информирование родителей и ребенка о фатальности состояния

Терминальная фаза болезни — особенно критическое время, вовлекающее всех значимых членов семьи. По мере нарастания тревоги о предстоящей разлуке, у родителей могут преобладать чувства беспомощности и отчаяния. Ощущение полной безнадежности и одновременное обдумывание предстоящих детских похорон зачастую рождает у родителей комплекс вины, который может быть ослаблен даже простым информированием родителей о нормальности их реакций. Важно помнить, что все родственники затем живо вспоминают терминальные события. В дальнейшей жизни они могут быть как психотравмирующими, так и служить источником утешения. Близкие родственники ребенка, включая братьев и сестер, очень нуждаются в ком-либо, кто разделяет их мысли, страхи и убеждения, — как рациональные, так и иррациональные. Как установлено Kubler-Ross (1969), «если мы терпим их гнев, направленный на нас, или на умирающего, или на Бога, то мы помогаем им сделать большой шаг к принятию смерти без чувства вины».

Перед началом паллиативного этапа лечения потребность родителей в специальной информации резко возрастает. Многочисленные вопросы (о болезни, современных методах ее лечения,

терминальных проявлениях, купировании симптомов, собственно о смерти, похоронных планах и т.д.) могут обсуждаться с врачом, медсестрами, членами психосоциальной группы или же оставаться замалчиваемой причиной беспокойства. В терминальной фазе заболевания, как никогда ранее, необходимы искренние и полные ответы, раскрывающие фактическое содержание вопросов. Как правило, родителям нужно поговорить о своих размышлениях и чувствах, с которыми связана мучительная попытка установить смысл близящейся смерти ребенка.

Терминальная фаза болезни клинически характеризуется не только неэффективностью ПХТ, но и тем, что агрессивное лечение лишь увеличивает или пролонгирует страдание. Когда в жизни пациента наступит подобное время — зависит от ряда факторов: нозологической формы рака, физиологических особенностей конкретного ребенка, детского и семейного порога толерантности к физической боли и утере контроля; уровней надежды и жажды жизни как у ребенка, так и у его родителей; усталости; религиозных и иных убеждений (Hersh S.P., Wiener L.S., 1989). Когда лечащий врач чувствует, что пришло время начать паллиативную терапию, то необходима встреча с семьей больного ребенка. Клиницисту следует выявить, каково понимание родителями ситуации, а также (что не менее важно), постараться разделить их впечатления. Сам ребенок тоже может присутствовать при этой встрече, что зависит от уровня его развития, возраста и других обстоятельств. Если ребенка в момент разговора не было, то родители или врач должны прямо обсудить этот вопрос с ним несколько позже. Ребенок и семья нуждаются в обсуждении того, что может случиться в физическом и эмоциональном плане, если они выберут решение полностью остановить терапию; например, когда и как ребенок может умереть. Важно, чтобы на подобной встрече присутствовал медицинский персонал, который занимался ребенком на протяжении всей болезни и оказывал поддержку семье. При наличии хосписной службы, в данный момент она также может быть подключена к проблеме.

Открытый подход к коммуникации с умирающим ребенком

В прошлом часто утверждалось, что дети не обладают пониманием смерти, а создание бодрой атмосферы вокруг умирающего ребенка могло бы облегчить его участь. Однако, в 60-70-е годы многими исследованиями было установлено, что даже когда дети не говорят об этом, они все-таки осознают и серьезность своей болезни, и возможность смерти (Spinetta J.J., 1974). При этом зачас-

тую ребенок не может спонтанно выражать свои подозрения или задавать вопросы, ощущая причиняемый родителями и врачам дискомфорт. Молчание только усиливает полные страхов детские фантазии и может установить паттерн возрастающей изоляции (Lansky S.B. et al., 1989).

Борясь со своими собственными страхами и ожиданиями разлуки и смерти, семья может нуждаться в рефокусировке на заботу и мысли об их ребенке: не только о том, как он себя чувствует, но и как понимает происходящее. Многие родители не способны обсуждать приближение смерти со своим ребенком. Часто они верят, что ребенок не подозревает о фатальном прогнозе и сопротивляется смерти. Share L. (1972), делая обзор литературы, наблюдает два противоположных способа коммуникации в это время. Она описывает их как «протективный подход, когда больной ребенок защищен от знания диагноза и прогноза болезни; и открытый подход, который обеспечивает условия, в которых ребенок может свободно выражать беспокойство и задавать вопросы о своем состоянии». Научные исследования показали, что дети, обнаружившие высокий уровень адаптации к болезни, являются членами семей, в которых открытая дискуссия допускается и поддерживается (Spinetta J.J., Maloney L.J., 1978). Waechter (1971) провела исследование среди госпитализированных фатально больных детей и установила, что предоставление ребенку возможности обсуждать вопросы, связанные со смертью, не увеличивает беспокойство по ее поводу. Фактически, ее наблюдения поддерживают идею о том, что понимание, принятие и разрешение обсуждать любые аспекты болезни снижают чувство изоляции и отчуждения от родителей и других значимых взрослых: «это дает ребенку ощущение, что его болезнь не слишком ужасна для разговоров о ней».

В опубликованных воспоминаниях родителей они сами с большим чувством документируют самоосознание их умирающих детей. Так, в посмертно опубликованных родителями дневниках пятнадцатилетней девочки с рецидивом саркомы (Цахерт К., Цахерт И., 1998) прочитываются не только страдания и физическая боль, но и принятие своей судьбы, осознанное прощание с жизнью: «... мои шансы все уменьшаются и я, вероятно, скоро умру. Это известие чудовищно потрясло меня, доктор Керн лишил меня всяких иллюзий, сорвал пелену с моих глаз. Но в любом случае я предпочитаю лучше так и нахожу это правильным. Я даже в какой-то мере обрадовалась и очень счастлива. Теперь, по крайней мере, все точки расставлены и перспектива ясна. Это, конечно, вовсе не означает, что с этого момента я складываю оружие... Я определенно хочу жить так долго, как это только возможно,

чтобы облегчить судьбу моих близких. Теперь я испытываю такую приятную усталость и чувствую себя так хорошо, как уже давно не было.

... Я сказала папе, что буду видеть все из моего рая и мыслями всегда буду с вами. Мы дали себе обещание думать каждый вечер друг о друге в двадцать два часа и не терять, таким образом, единой связи».

Возможно, самыми одинокими детьми в терминальной фазе болезни оказываются те, которые осознают свой прогноз, но в то же время помнят, что их родители предпочитают неведение. Между умирающим ребенком и его родителями до последних дней тянется безмолвная игра «я знаю, что знаешь, что я знаю». В результате при общении доминирует недопонимание или полное непонимание друг друга. Не остается никого, кому бы ребенок мог открыто выразить свои чувства печали, страха и беспокойства.

На первый взгляд, обсуждение смерти с безнадежно больным ребенком может показаться излишней жестокостью, но ведь иногда откровенная беседа может избавить его от целых месяцев тревог и догадок. Было бы серьезнейшей ошибкой думать, что ребенок 4–5 лет и старше, который умирает от смертельной болезни, не понимает ее серьезности и вероятного исхода. Не найдется детского онколога, который бы не видел последствий одиночества смертельно больного ребенка, у которого нет никого, с кем можно было бы поговорить о своих тревогах, потому что родители стараются оградить его от диагноза. Его сиблинги и ровесники вне больницы также почти никогда не разговаривают с ним по поводу болезни. Принимая во внимание, что взрослые пациенты с лейкемией могут разговаривать о болезни со своими близкими, супругами, друзьями, священниками, врачами, отметим, что умирающему ребенку, вероятно, гораздо чаще приходится иметь дело один на один со своими опасениями, беспокойством, предчувствиями, а также справляться со своими собственными фантазиями, «безобидной ложью» родителей, и, таким образом, важная взаимосвязь между ребенком и взрослыми бывает исключена. Вопрос не в том, говорить ли ребенку диагноз и прогноз (ребенок обычно чувствует это), а скорее — каким образом сообщить, что его беспокойство разделено и понято, и что мы готовы говорить с ним об этом. Наилучший подход — дать ребенку знать, что ему не солгут, что он не будет опустошен физически и эмоционально, и что он может открыто проявлять свое горе, опасения, беспомощность и беспокойство.

Некоторые больные дети упорно не делятся своими мыслями о смерти, храня их при себе. Иногда это продиктовано у них стра-

хом последующего возможного отчуждения родителей и других значимых лиц, которые (как понимает ребенок) получают дополнительное эмоциональное бремя его осведомленности и невыносимых страхов. Психологи с помощью игр, занятий искусством и терапевтических бесед могут выявить восприятие смерти и проблемы конкретного ребенка. При помощи различных психотехник профессионал может корректировать нарушения, развеять беспочвенные фантазии и повысить самооценку ребенка, овладевшего своими страхами. Родители должны поощряться к участию в подобных процессах.

Родители часто спрашивают совета о том, как быть с вопросом больного ребенка, а также его братьев и сестер; при этом взрослые часто теряются при попытке открыто поговорить с детьми. Помощь может заключаться в подходе, ориентированном на возраст ребенка.

Детские концепции смерти и болезни развиваются вместе с взрослением ребенка (Kane, 1979; Lansdown and Benjamin, 1985). Дети, по-видимому, понимают больше, чем ожидают от них взрослые (Bluebond-Langner, 1978), и осознают смерть с трехлетнего возраста. Вначале они понимают смерть как обусловленное болезнью обратимое состояние, связанное с разлукой и неподвижностью. В раннем возрасте дети больше всего боятся одиночества; их нужно успокаивать и постоянно быть с ними рядом. Более полное понимание, включая постоянность и универсальность смерти, развивается со временем. В возрасте 3-6 лет дети понимают, что они очень больны, и им не становится лучше. Многие семилетние дети имеют полное или почти полное понимание смерти. У них появляется осознание того, что они умирают, и они нередко, хотя и не всегда, обсуждают это открыто или выбирают кого-то одного, с кем делятся своими чувствами. Что касается подростков, то они обычно отчетливо представляют себе, что означает их диагноз, неудачи лечения и неизбежность конца.

Родителям надо помочь общаться с детьми не только с помощью непосредственных разговоров, но и быть готовыми к их косвенным подходам: «Теперь мне больше не нужны новые игрушки». Некоторым детям удобнее выражать свои представления о смерти в своих играх или рисунках; они могут делать для себя целые открытия при чтении историй, касающихся болезни и смерти.

Многие родители при некоторой поддержке способны быть открытыми с братьями и сестрами тяжело больного ребенка в разговорах о смерти. С другой стороны, даже для наиболее открытых и откровенных взрослых людей, идея поговорить с ре-

бенком о его собственной смерти безмерно трудна. «Конспиративный заговор», молчаливое притворство между родителями и ребенком является общеизвестным феноменом, который может привести к отказу ребенка от возможности выражать свои собственные страхи.

Разрушить подобный обман не всегда возможно, однако родителям можно подсказать, что у ребенка есть шанс поговорить с третьим человеком, и предоставить такую возможность. Беспокойство у детей (которое может манифестироваться ночными кошмарами, упрямством или агрессией) обычно редуцируется, как только они начинают понимать и прогнозировать происходящие события. Обсуждение с ребенком его собственной смерти может означать для него отреагирование стресса, и, если негативные чувства осознаваемы и выражаются открыто, то стресс может быть успешно редуцирован. Кроме того, ребенок будет иметь возможность осуществить какие-то детские планы и попрощаться. Открытая коммуникация, контроль боли и поддержание обычных семейных обязанностей дают ощущение безопасности, убежденность в которой очень важна для умирающего ребенка. По мере возможности, в терминальной фазе заболевания ребенок должен поощряться к участию в обычных ежедневных делах (Lansky S.B. et al., 1989). День может быть организован так, что, даже будучи ограничен постелью, ребенок продолжает оставаться «почти правдивым» участником жизни семьи. Сохранение семейных норм поведения и распорядка также минимизирует ощущение ребенком себя как обузы.

Коммуникативные проблемы медицинского персонала в работе с умирающими детьми

В одном из наиболее ранних исследований по данной проблеме (Binger C.M. et al., 1969) 6 из 20 опрошенных семей, потерявших ребенка от лейкемии, утверждали, что с приближением смерти профессиональный состав отстраняется. Ребенку кажется, что он становится все более изолированным, как в физическом смысле (многие дети из-за профилактики инфекций находились в изоляции до самого конца), так и в том смысле, что его «обходят» — термин, используемый многими пациентами и персоналом.

Впоследствии в 70-е и 80-е годы за рубежом многие авторы резюмировали, что у медперсонала возникают свои типичные проблемы при встрече со смертью ребенка. Дистресс у врача часто связан с чувством вины по поводу неудач терапии. В то же время он озабочен собственными страхами и тревогами по по-

воду смерти и чувствует, что умирающему ребенку и его родителям поддержки недостаточно. Столкнувшись с этими конфликтами, он часто избегает пациента или семью, становится недоступным и строит себе фасад из занятости, нетерпимости и официальности. Таким образом, в то время, когда в них больше всего нуждаются, профессионалы часто занимают нейтральную или даже негативную позицию в контактах с семьей умирающего ребенка. По мере того, как ребенок умирает, многие специалисты имеют тенденцию справляться со своим собственным беспокойством, избегая пациента и его семьи, когда им так нужна поддержка! Горькая ирония по этому поводу заключена в замечательной фразе И. Бродского: «Смерть — это то, что происходит с другими».

Говорить с пациентом о плохих новостях и смерти редко бывает легко. Врач или медсестра могут сами страдать от многих страхов, явных или скрытых, которые будут накладываться на эффективность их общения и разговора (Buckman R., 1984). В результате медперсонал, осуществляющий помощь умирающим, последовательно использует тактику дистанцирования и избегает слишком тесного общения со страданиями пациентов (Maguire, 1985). Не вовлекаясь в переживания ребенка и его родителей, медперсонал обеспечивает свое собственное психологическое выживание, иначе потребовался бы более тщательный отбор сотрудников, специальная подготовка персонала и реабилитирующие приемы в течение свободного времени. Чаще всего врачи и сестры полагают, что пациенты сами раскроют свои психологические проблемы, поэтому они редко спрашивают о том, как умирающие эмоционально приспосабливаются к обстоятельствам. Тем не менее, только меньшинство терминальных больных открывают свои главные проблемы спонтанно. Когда ребенок жалуется на свой физический и/или психологический дискомфорт, то врач или медсестра решают преимущественно только физические проблемы. Это предпочтение работе с телесными проблемами приводит ребенка к мысли о том, что упоминание каких-либо поведенческих, нравственных, духовных затруднений не соответствует принятым правилам. Не менее часто, если ребенок ставит перед врачом или сестрой психологическую проблему или затруднительный вопрос, то из этой ситуации выходят переменной темы. Несмотря на то, что указанная тактика дистанцирования является очевидной для наблюдателя, врачи и сестры, как правило, не отдают себе отчета в ее использовании. Однако эта тактика используется ими настолько последовательно, что не может быть бессмысленной. Одно из убедительных

объяснений ее заключается в том, что большая часть врачей и сестер работает в ситуации значительного давления. Активный поиск психологических проблем может привести их к перегрузке, поэтому концентрация внимания на обеспечение контроля над болью и другими физическими симптомами является наиболее эффективной тактикой дистанцирования. Синдром эмоционального выгорания среди профессионалов, работающих в системе «человек-человек», — общеизвестное явление, которое крайне затрудняет эффективную коммуникацию, в частности, при работе с умирающими детьми.

R. Buckman (1984) систематизировал типичные проблемы, тревоги и даже страхи, сопровождающие медперсонал при сообщении психологически травмирующей больного информации.

Основным опасением для врача, особенно молодого, служит мысль о том, что пациент и его семья будут упрекать именно его за то плохое известие, которое он сообщил. Конечно, феномен идентификации плохой новости с ее носителем не нов, и не уникален только для врачебной среды. Как известно, экзекуция над гонимым, прибывшим с плохим известием, оставалась обычным порядком вещей в средневековье и более древние времена. Перенос реакции на ее носителя не является необычным или отклоняющимся поведением, скорее одной из форм реагирования. Поэтому врач вправе ожидать или даже опасаться подобных реакций со стороны родителей. Не каждая мать разразится упреками в ответ на плохие новости, излагаемые врачом. Однако опасаться этого перед началом беседы и даже избежать самого разговора — вполне вероятные подсознательные мотивы врача. Не хотелось бы придавать слишком большого значения комплексу вины, но врачу полезно помнить, что онкологическое заболевание конкретного ребенка — не наш промах или вина, и поэтому слова обвинения являются всего лишь реакцией (такой же универсальной, как воспаление или кровотечение) и не носят личной направленности. Пожалуй, все-таки сформулировать это легче, чем выполнить.

К сожалению, от практикующего врача в официальном порядке никто не требует быть компетентным в искусстве профессионального диалога. Этот важнейший навык не контролируется так тщательно, как собственно медицинские знания и навыки, поэтому опыт в коммуникативной сфере врач приобретает эмпирическим путем, зачастую методом проб и ошибок. Не удивительно, что в ситуациях, к которым мы не подготовлены (в частности, разговор с умирающим), мы чувствуем неловкость и даже стремимся избегать их. Пожалуй, у части профессионалов возникает мнение,

что тема, отсутствующая в университетском образовательном курсе — «неправильная». Ее факультативность как в студенческие, так и в последипломные годы внушает врачу мысль, что необязательно стремиться к преодолению стандартной черты медицинской практики и искать проблемные подходы к разговору о плохих новостях. Однако, от отсутствия проработки навыков общения беспокойство и неуверенность у врача перед трудным разговором не исчезают. Стремясь любой ценой быть в ровных отношениях с пациентами и их родственниками, многие доктора при виде бурных реакций (крик, слезы, причитания) склонны считать их своей недоработкой. Вряд ли можно оспаривать подсознательное, а порой и осознанное стремление избежать вида необузданных проявлений человеческого горя.

Многие годы, а порой всю жизнь врач учится вести себя спокойно в экстремальных ситуациях, подавлять всякую панику, а также любые проявления антипатии в адрес конкретного больного. Эти принципы неоспоримы и соответствуют идее профессионального поведения как такового. Однако, принимая модель безусловного спокойствия, доктор испытывает затруднения, когда надо выразить симпатию или другие полезные в настоящий момент пациенту чувства. Доктора не бесчувственны, но всем своим предшествующим опытом приучены скрывать гнев или панику, а сознательное проявление человеческой симпатии считают менее важным. Насколько проще обсуждать прогноз болезни с коллегой, чем с самим больным! Возможно, в разговоре с пациентом врач увязает под грузом клинической ответственности и профессиональных обязанностей, ограниченно используя лишь авторитарный язык логики и рассудка. Навык выражать симпатию осознанно и ясно, не прикрываясь понятием «исполняемых обязанностей», довольно сложен и требует выучки.

Одним из многократно обсуждавшихся социальных феноменов является табу на разговоры о смерти, что не требует особых комментариев. Другой феномен менее известен: отрицание самим врачом собственной болезни и смерти. Некоторые психиатры полагают, что среди многих соображений и поводов, по которым люди становятся врачами, есть воображаемое чувство неуязвимости, которое существует у персонала, работающего среди больных и остающегося здоровым. Во многих публикациях, написанных докторами об их личном опыте болезни, описывается, как удивлены и даже оскорблены они были, что Это случилось с ними. R.Buckman (1984) полагает, что врачи несколько более склонны верить, что Это с ними никогда не произойдет, чем люди в целом. Легче всего сохранять такую иллюзию живой, устанавливая изряд-

ную дистанцию с теми, с кем Это сейчас происходит или давно случилось.

Что же может быть сделано для преодоления коммуникативных сложностей в работе с терминальными пациентами? Трудный разговор с серьезно больным есть тема, нуждающаяся в большем акцентировании в процессе профессионального обучения, особенно в постдипломном периоде. Такое мастерство следует рассматривать не как божественный дар, а как ремесло, которому можно научиться, как и многим другим аспектам медицинской деятельности. Решение подобной задачи возможно только при совместных усилиях врачей и специалистов по межличностному общению, чье участие в формировании профессионалов любого профиля настойчиво диктуется жизнью. Высокие стандарты паллиативного лечения должны включать обязательные тренинги профессионального общения для медперсонала, а также организацию балинтовских групп для врачей.

Некоторые социальные аспекты оказания паллиативной помощи в детской онкологии

Помощь пациентам в комплексном планировании и принятии решений, которые предстоят им на протяжении периодов крайнего стресса (установление диагноза, рецидив, метастазирование, терминальная фаза), — относительно новая клиническая функция в онкосоциальной работе (Christ G.H., 1989). При этом особенно важно, что родители больного ребенка должны сделать комплекс лечебных решений именно в то время, когда их способность принимать решения серьезно нарушена. Например, ряд принимаемых решений делается в отношении восстановительно-реконструктивных операций с целью улучшения боди-имиджа больного, согласия на экспериментальные виды лечения на фоне прогрессии рака, выбора медицинского учреждения, оказывающего онкологическую помощь, выборе места для паллиативной терапии и т.д. В системе оказания онкологической помощи за рубежом социальный работник помогает родителям принимать подобные решения, информируя их о праве выбора, устраняя их заблуждения и недопонимание, стимулируя оценивать исход своих действий, идентифицировать и устранять барьеры для принятия решений, упрощая семейную коммуникацию в интересах ребенка и способствуя ему и родителям понимать, принимать болезнь и адаптироваться к результатам сделанного ими выбора. В итоге сокращается и преодолевается разрыв между комплексом высоких лечебно-диагностических технологий и предшествующим жиз-

ненным опытом родителей больного ребенка, повышается качество их жизни.

Разнообразие принимаемых решений на этапе паллиативной терапии можно свести к следующим основным:

- 1) насколько она показана и не следует ли предпринять усилия, добиваясь продолжения куративного подхода;
- 2) какая организационная форма паллиативной помощи будет выбрана семьей и медперсоналом;
- 3) каков объем и характер изначального и текущего информирования родителей и самого ребенка о динамике заболевания.

В поиске ответов на поставленные выше вопросы, помимо чисто медицинских знаний, опыта и навыков, на выбор решения решающее влияние оказывает мировоззрение врача и семьи больного ребенка. Экзистенциальность понятий жизни и смерти ощутима в любом разговоре о терминальном больном. Без сомнения, точка зрения врача, родителей и самого ребенка на смысл и содержание паллиативной помощи во многом определяется сложившимися у них понятиями о ценности человеческой жизни, возможностях медицины и экзистенциальном смысле смерти. Данные представления эволюционируют не только в индивидуальной истории каждого человека, но и с развитием общества в целом. В таблице III.1.2.1 прослеживается развитие общественного мнения о раке в США на протяжении последних двухсот лет.

Как следует из представленных в таблице III.1.2.1 данных, имеется широкое историческое многообразие позиций и точек зрения на происходящее в области онкологии. Эту панораму мнений можно было бы дополнить тем, что в 90-е годы к изложенному добавились: в области возможностей медицины — повсеместное внедрение мультицентровых рандомизированных исследований в клинической онкологии, применение генноинженерных технологий в экспериментальной медицине; в области представлений о медпомощи — укрепление концепции «активный пациент» (образовательные программы для пациентов и их семей, родительские общества, правовое закрепление многих аспектов лечения), а также становление онкосоциальной помощи; в области представлений о смерти — биоэтические дискуссии о генетическом клонировании. В исторической динамике наблюдается тенденция к большей открытости, «прозрачности» всей системы оказания онкологической помощи для общественного мнения, к более четкой формулировке прав пациента на фоне продолжающегося прогресса результатов терапии. Каков же практический аспект представленного разнообразия мнений?

Таблица III.1.2.1

**Этапы эволюции общественного мнения о раке в США
(Holland J.C., 1989, с сокращениями)**

Декады	Уровень развития медицины	Общественное мнение	
		О болезни и докторях	О смерти
1800-е годы	<ul style="list-style-type: none"> • эффективное лечение рака неизвестно; • сифилис и рак имеют сходные поражения; • открытие хирургических методов лечения рака; 	<ul style="list-style-type: none"> • стыд, позор и грех связаны с заболеванием туберкулезом, раком и сифилисом; • роль врача обеспечить комфорт; • страх передачи инфекций и рака; 	<ul style="list-style-type: none"> • пациент в руках Божьих; • «смерть есть часть жизни»; • люди умирают дома, похороны простые и незатейливые;
1900-1920-е годы	<ul style="list-style-type: none"> • успешное хирургическое лечение некоторых видов рака; • применение лучевой паллиативной терапии некоторых форм рака (1913); 	<ul style="list-style-type: none"> • боязнь посещений врача и больниц; • страх перед диагнозом «рак»; • пациенту не сообщают онкологический диагноз; • в Европе и США на чинается информирование и просвещение населения по вопросам рака; 	<ul style="list-style-type: none"> • доктора принимают на себя авторитарную и патерналистскую роль, не раскрывая диагноза или назначений; • философия «доверьтесь мне и не беспокойтесь»;
1930-е годы	<ul style="list-style-type: none"> • создание специализированной онкологической помощи в большинстве государств; • учреждение национальных в США онкологических исследовательских институтов; 	<ul style="list-style-type: none"> • впервые создаются визитерско-волонтерские программы для онкобольных; 	<ul style="list-style-type: none"> • все чаще смерть пациента от рака происходит не дома, а в больнице; • более широкое использование бальзамирования; • человек «только уснул» как эвфемизм для смерти;

Продолжение таблицы III.1.2.1

Декады	Уровень развития медицины	Общественное мнение	
		О болезни и докторях	О смерти
1940-е годы	<ul style="list-style-type: none"> • первая ремиссия при острой лейкемии, полученная при помощи лекарств; 	<ul style="list-style-type: none"> • повсеместный пессимизм относительно хирургического и лучевого лечения рака; • онкологический диагноз сообщают семье и никогда — пациенту; 	<ul style="list-style-type: none"> • «рак=смерть»; • поощряются проявления горя; • ознакомление врачей с терапевтической ценностью выражения горя; • более частое использование кремации;
1950-е годы	<ul style="list-style-type: none"> • начало противоопухолевой химиотерапии; • впервые достигнуто излечение хорионкарциномы медикаментозным путем; • разработка реанимационных медицинских технологий; 	<ul style="list-style-type: none"> • дискуссия о правомерности сообщения онкологического диагноза пациенту достигает широкой публики; 	<ul style="list-style-type: none"> • фатальный исход рака проясняют для семьи, но не для пациента;
1960-е годы	<ul style="list-style-type: none"> • комбинированное лечение рака; • успешное лечение болезни Ходжкина; 	<ul style="list-style-type: none"> • проблема рака обсуждается более открыто, табу оставлено; 	<ul style="list-style-type: none"> • более открытая дискуссия о смерти; • забота о смерти с достоинством; • критическое отношение к «тайному заговору молчания»;

Продолжение таблицы III.1.2.1

Декады	Уровень развития медицины	Общественное мнение	
		О болезни и докторях	О смерти
1970-е годы	<ul style="list-style-type: none"> • новые противоопухолевые препараты; • продолжающееся развитие жизнеподдерживающих технологий; 	<ul style="list-style-type: none"> • разработка Положения о правах пациента; • публикация федеральных указаний об участии пациентов в исследовательских протоколах; 	<ul style="list-style-type: none"> • первый официальный хоспис в США (1974); • правовая и этическая дискуссия о праве на смерть; • юридические решения о дефиниции смерти и права на прекращение реанимационных мероприятий;
1980-е годы	<ul style="list-style-type: none"> • возрастание числа долгожителей (детская лейкемия, болезнь Ходжкина, тестискулярный рак); 	<ul style="list-style-type: none"> • создание обществ прав потребителей; • адекватный контроль симптомов и «качество жизни» на протяжении активного и паллиативного лечения; 	<ul style="list-style-type: none"> • узаконенное право на «естественную смерть»; • разработка показаний к прекращению мер поддержания жизни;

Нам представляется, что при выборе любых решений на паллиативном этапе необходимо учитывать: 1) какому эволюционному уровню соответствует клиника, в которой лечится пациент, а также 2) представления его семьи о должном и возможном со стороны врача и 3) экзистенциальную позицию родителей. Если все три компонента находятся в одном историческом срезе, то взаимопонимание достигается легко. Когда же высокопрофессиональный детский онколог из клиники, в которой внедрены современные лечебно-диагностические технологии (в том числе в психосоциальной сфере), работает с семьей, чьи представления о возможностях излечения детского рака соответствуют сороковым-пяти-

десятым годам, то неизбежно возрастает трудоемкость и напряженность взаимодействия. Напротив, если семья знает и разделяет большинство современных тенденций в работе с онкопациентами, более того — имеет некоторый опыт ухода за терминально больными, то исключительно трудно ожидать ее продуктивного взаимодействия с врачом, который ограничен пониманием своего долга в рамках представлений тридцатилетней давности. Другая серия проблем возникает, если представления о проблеме рака у членов референтной группы больного (соседей, родственников, коллег родителей, друзей и т.д.) и у врача относятся к различным эволюционным этапам, а семья черпает свои представления из обоих источников и тем самым испытывает трудности в принятии решений. Что может быть сделано для преодоления такой дискоординации?

Во-первых, необходим системный подход к подготовке детских онкологов в области паллиативной помощи, включающий образование в области не только медицинских, но и психосоциальных проблем. Во-вторых, нужна последовательная работа по формированию общественного мнения в области детского рака, информационная поддержка семей больных и лоббирование их интересов в социальной сфере. На данном этапе в отечественной онкологии происходит кристаллизация перечисленных проблем, отработка возможных рабочих концепций и моделей оказания паллиативной помощи и разделение функций различных служб. Надо полагать, что следующим этапом развития станет единый и системный междисциплинарный подход к пониманию проблем умирающего ребенка и его семьи.

Литература

1. Обезболивание и паллиативная помощь при раке у детей.//ВОЗ. — Женева. — 1999. — 68с.
2. *Урядницкая Н.А., Бялик М.А., Моисеенко Е.И., Николаева В.В.* Роль родителей в психологической адаптации детей с онкопатологией.//Вопросы онкологии. — 1997. — т.43. — №4. — сс.465-468.
3. *Холланд Д., Леско Л., Фрейдин Ю.Л., Шкловский-Корди Н.Е.* Опыт введения в современную психоонкологию.//Независимый психиатрический журнал. — 1995. — №4. — сс.9-17.
4. *Цахерт К., Цахерт И.* Встретимся в раю.//Пер.с нем. Г. Косарик. — М. — Профиздат. — 1998. — 232с.
5. *Binger C.M., Ablin A.R., Feuerstein R.C., Kushner J.H., Zoger S., Mikelsen C.* Childhood leukemia: emotional impact on patient and family.//The New England Journal of Medicine. — 1969. — v.280. — №8. — pp.414-418.

6. *Buckman R.* Breaking bad news: why is it still so difficult?//British Medical Journal. — 1984. — v.288. — pp.1597-1599.
7. *Chambers E.J., Oakhill A., Cornish J.M., Curnick S.* Terminal care at home for children with cancer.//British Medical Journal. — 1989. — v.298. — pp.937-940.
8. *Christ G.H.* Social work in oncology.//In: Handbook of Psychooncology. — ed. by J.C.Holland and J.H.Rowland. — Oxford University Press. — 1989. — pp.670-677.
9. *Goldman A.* Care of the dying child.//In: Paediatric oncology. Clinical practice and controversies. — Ed. by P.N.Plowman and C.R.Pinkerton. — Chapman and Hall Medical. — 1992. — pp.618-629.
10. *Hersh S.P., Wiener L.S.* Psychosocial support for the family of the child with cancer.//In: Principles and practice of pediatric oncology (second edition) ed. by P.A.Pizzo, D.G.Poplack. — J.B.Lippincott Company. — Philadelphia. — 1989. — pp.1141-1156.
11. *Kamps W.A., Akkerboom J.C., Kingma A.* Experimental chemotherapy in children with cancer — a parent's view.//Pediatr.Hematol.Oncol. — 1987. — v.4. — pp.117-124.
12. *Kohler J.A., Radford M.* Terminal care for children dying of cancer: quantity and quality of life.//British Medical Journal. — 1985. — v.91. — pp.115-116.
13. *Lauer M.E., Camitta B.M.* Home care for dying children: a nursing model.//J.Pediatr. — 1980. — v.97. — pp.1032-1039.
14. *Lauer M.E., Mulhern R.K., Wallskog J.M., Camitta B.M.* A comparison study of parental adaptation following a child's death at home or in the hospital.//Pediatrics. — 1983. — v.71. — №1. — pp.107-112.
15. *Lansky S.B., Vats T., Cairns N.U.* Refusal of treatment — a new dilemma for oncologists.//The American Journal of Pediatric Hematology/Oncology. — 1979. — v.1. — n.3. — pp.277-282.
16. *Lansky S.B., List M.A., Ritter-Sterr C., Hart M.J.* Psychiatric and psychological support of the child and adolescent with cancer.//In: Principles and practice of pediatric oncology. — Second edition by P.A.Pizzo and D.G.Poplack. — J.B.Lippincott Company. — Philadelphia. — 1989. — pp.1127-1139.
17. *Maguire P.* Barriers to psychological care of the dying.//British Medical Journal. — 1985. — v.291. — pp.1711-1713.
18. *Maher E.J., Jefferis A.F.* Decision making in advanced cancer of the head and neck: variation in the views of medical specialists.//J.Roy.Soc.Med. — 1990. — v.83. — pp.356-359.
19. *Nitschke R., Bennet Humphrey G., Sexauer C.L. et al.* Therapeutic choices made by patients with end-stage cancer.//J.Pediatrics. — 1982. — v.101. — pp.471-476.
20. *Patel N.* The child in the community.//In: Paediatric oncology. Clinical care and controversies. — Ed. by P.N.Plowman and C.R.Pinkerton. — Chapman and Hall Medical. — 1992. — pp.612-617.

21. *Sander T.N.* Resistance to dealing with parents of battered children.//Pediatrics. — 1972. — v.30. — pp.853-861.
22. *Spinetta J.J.* The dying child's awareness of death: a review.//Psychol.Bull. — 1974. — v.81. — pp.256-260.
23. *Share L.* Family communication in the crisis of a child's fatal illness.//Omega. — 1972. — v.3. — pp.187-201.
24. *Tietz W., McSherry L., Britt B.* Family sequelae after a child's death due to cancer.//Am.J.Psychother. — 1977. — v.31. — pp.417-425.
25. *Waechter E.H.* Children's awareness of fatal illness.//Am.J.Nurs. — 1971. — v.71. — pp.1168-1172.

III.1.3. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Введение

Интерес к исследованию проблемы индивидуального здоровья неизлечимо больных возник в ходе психодиагностического исследования личности больных колоректальным раком третьей и четвертой стадии, проведенного совместно с ассистентом кафедры факультетской терапии, кандидатом медицинских наук, Е.И. Симеонкиным. В блок психодиагностических методик мы включили методику исследования индивидуальных моделей здоровья и получили парадоксальный, на первый взгляд, результат: больные с тяжелейшими формами рака считали себя относительно здоровыми. Попытка объяснить этот феномен отрицанием болезни как формой психологической защиты личности не удалась. Больные с такой оценкой своего здоровья не демонстрировали психопатологического искажения действительности и эйфорически-анозогнозического поведения. Болезнь влияла, но не определяла их отношение к собственному здоровью. Тогда перед нами встал вопрос: Что же такое индивидуальное здоровье и каковы его субъективные критерии?

Современная концепция здоровья

Понятие здоровья является одним из базовых в системе знаний о человеке. Оно относится к разряду тех объектов междисциплинарных исследований, которые выходят далеко за рамки общесоматической медицины. Однако до сегодняшнего дня не существует общепринятой научной категории «здоровье». Из мно-

жества содержательных определений здоровья наибольшее распространение по количеству ссылок и цитирования получило определение ВОЗ: «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1946). Однако, это определение по прошествии полувека требует существенной коррекции (Elleck, 1990; Erlik, 1980; Smith, 1991). Так, например, непонятно содержание термина «благополучие» в контексте «здоровья». Так, «социальное благополучие» не может служить полноценным признаком здоровья, хотя существенно может влиять на него. Кроме того, определение ВОЗ содержит в качестве определяющей характеристики недостижимую цель, имеет характер идеального, что может рассматриваться как неудовлетворительная концепция (Лисицин Ю.П., 1996). На сегодняшний день известно около 100 различных авторских определений здоровья, из которых, если обобщить их содержание, следует:

- здоровье является сложным, многомерным явлением;
- несмотря на то, что метод оценки здоровья путем выявления или исключения заболеваний широко распространен в практике, ведущими теоретиками он признан абсолютно несостоятельным (Брехман И.И., 1990; Судаков К.В., 1993; Щедрина А.Г., 1989; Abelin, 1987; Canter, Nanke, 1990; Walsh et. al., 1991). Большинство авторов признают, что для определения здоровья нужны иные, существенные критерии,
- учитывая уникальность и неповторимость взаимодействия человека со средой, имеет смысл ввести понятие «индивидуального здоровья»;
- наиболее продуктивной является не адаптационная концепция здоровья человека, ориентированная на сохранение какого-либо нормативного состояния, в соответствии с представлениями общества о болезнях, а адаптационно-генетическая концепция здоровья, базирующаяся на представлениях о необходимости его укрепления и развития;
- термин «состояние» недостаточен при изучении здоровья в силу его статичности и описательности. Более точными понятиями, которые интегрально характеризует жизнедеятельность человека, являются понятия: «жизнеспособность» (Щедрина А.Г., 1989); «способность сопротивляться и приспосабливаться» (Лишук В.А., Мосткова Е.В., 1994); «реализовывать свои биологические и социальные функции» (Larson, 1994; Kofler, 1996); «способность воспроизво-

дить универсальные для всех форм бытия закономерности» (Панов В.И., 2001).

- для разработки методологии диагностики здоровья человека, как сложного, многомерного явления, следует привлекать системный подход (Судаков К.В., 1993; Дмитриева Н.В., Глазачев О.С., 2000).

Учитывая литературные данные и собственный опыт исследований в этой области, мы предлагаем трактовать этот термин следующим образом: **здоровье** — это базовая способность воспроизведения и развития человеческой сущности в условиях меняющегося мира, отражающая биопсихосоциальные закономерности бытия и проявляющаяся как результат взаимодействия личности со средой. **Индивидуальное здоровье** характеризует меру выраженности базовой жизнеспособности у реального индивида.

В рамках такого подхода к здоровью как базовой способности человека между условными состояниями здоровья и болезни существует множество связей, и даже неизлечимо больной человек обладает определенным уровнем здоровья (естественно сниженным). В этом контексте возможен и уместен анализ здоровья умирающего человека. Снижение и ограниченность биологических ресурсов приводят к тому, что ведущими составляющими «базовой способности к воспроизводству человеческой сущности» становятся психические и социальные ресурсы человека. Как писал классик экзистенциальной психологии Виктор Франкл, «смерть, ограничивая жизнь во времени, не лишает ее смысла, а скорее является тем самым, что ярче проявляет смысл жизни ... внутренние пределы делают жизнь человека более осмысленной, более человеческой» (Frankl, 1979).

Анализируя понятие здоровья как трансляцию и развитие человеческой сущности, перед исследователем встает вопрос: что составляет подлинно человеческую сущность? Вопрос этот больше общемировоззренческий, нежели психологический. Он требует философского анализа человеческого бытия, который исторически часто решался в рамках парадигмы о первичности материи или сознания. В современной философской антропологии человек понимается как синкретическое развивающееся единство, внутренние противоречия которого являются источником развития и решаются посредством механизма «снятия биологического социальным». Этот механизм обеспечивает адекватность природной организации индивида требованиям социальной системы и, наоборот, адекватность социальной организации природным основам жизнедеятельности человека (Тищенко П.Д., 1987). Таким образом, воспроизводство человеческой сущности в социальном мире пер-

вично связано с воспроизводством социальных отношений, в структуре индивидуального здоровья наибольшую ценность приобретают психические свойства человека и, лишь преломленно в социальных отношениях, индивидуальные, биологические характеристики. Известный отечественный философ Воробьев М.З. (1990) указывает, что первичность и главенствующая роль в нашем бытии психики обусловлена следующими аргументами:

1. Основное отличие человека от животных заключено в его духовности. Именно развитие психики определяет всю нашу культуру и образ жизни.
2. В обществе человек, в первую очередь, рассматривается как личность и производитель, и только потом как индивид и потребитель.
3. Учитывая теснейшую взаимосвязь тела и психики, мы вынуждены признать, что именно потребности и мотивы определяют, в первую очередь, наши действия, а через них и наш физический облик, а не генетически заложенные в нас возможности. Они реализуются лишь в рамках, определенных социумом, т.е. под влиянием психики конкретного человека и окружающих его людей. Из громадного запаса заложенных в генетическом коде реализуется лишь одна возможность» (Воробьев М.З., 1993).

Именно поэтому в ряде зарубежных и отечественных исследований ведущим критерием здоровья считается **психическая зрелость человека**. Наиболее разработана идея психической зрелости человека в трудах психологов гуманистического направления. Особое достоинство этих работ в том, что авторы ориентированы на поиск позитивных структурных и функциональных показателей психической зрелости, т.е. здоровье индивида диагностируется не по отсутствию неблагоприятных личностных черт и стилей поведения, а по наличию благоприятных. В. Франкл, считал главными показателями психической зрелости духовность, свободу и ответственность личности. По мнению Карла Роджерса, полноценно функционирующий человек характеризуется открытостью к переживаниям, экзистенциальным образом жизни, организмическим доверием, эмпирической свободой и креативностью (Rogers, 1980). Такому человеку присуща активная жизненная позиция по отношению к действительности, доступность опыта сознанию, самопознание, устойчивость к фрустрации и функциональная автономия (объекты, бывшие ранее средством достижения цели, приобретают собственную мотивационную силу). Важным показателем личностной зрелости является владение и гибкое применение адекватно ситуации различных способов взаимо-

действия человека со средой, стратегии жизненного успеха и наличие резервов совладающего поведение (coping — поведение). По Абрахаму Маслоу (Maslow, 1967), нормальное развитие происходит у самоактуализирующихся людей, характеризующихся спонтанностью, естественностью, принятием себя; они свободны от стереотипов, не зависят от мнения окружающих людей, следовательно, не боятся их и не испытывают враждебности. В последние десятилетия появляются психодиагностические инструменты для измерения психической зрелости человека. Так, на основании базовых положений концепции Маслоу А., рядом исследователей (Shostrom, 1964, 1974; Jones, Crandall, 1986) был создан «Опросник личностной ориентации» (Personal Orientation Inventory, POI), измеряющий уровень самоактуализации личности и его краткий вариант (см. Приложение 1), адаптированный русский вариант теста POI — методика САМОАЛ (Калина Н.Ф., 1984). В русле феноменологической теории личности Роджерса К. разработаны техники Q для исследования уровня самопринятия (Stephenson, 1953).

Таким образом, современная концепция здоровья снимает противоречия биологического и социального в природе человека и выдвигает на первый план характеристики психической зрелости человека, понимаемой как активная жизненная позиция личности и эффективность взаимодействия со сложной многоуровневой средой.

Исследования личностных свойств и психической зрелости онкологических больных

Изучением проявлений психической зрелости в ситуации болезни исследователи занимаются крайне редко. В литературе чаще представлены усредненные личностные характеристики больных той или иной нозологии, такие, например, как известные коронарный и язвенный типы личности. В ряде работ описан тип «онкологической личности» — тип С — включающий внешнюю социабельность при неспособности выражать свои чувства и требования (Temishok, 1987; Hollowey, 1999). Этот подход в известной мере можно назвать узко прагматическим. В рамках такого подхода считается, что заболевание, в том числе и онкологическое, вызывает (либо само детерминировано, что еще сложнее доказать) типичные психические изменения. Основания для этого есть: как «сильная» жизненная ситуация (по Мишелю У.) ситуация онкологического заболевания имеет минимум индивидуальных вариаций в оценке и реакциях на нее (Mishel, 1987). Онкологическое заболе-

вание как тяжелая соматическая патология неизбежно ведет к соматическому и психическому истощению. Сам факт наличия рака является для личности травмирующей ситуацией, учитывая не только тяжесть самого заболевания, но и социальные мифы и представления о судьбе онкологических больных. Все это приводит к резкому повышению личностной и ситуативной тревожности, к неспособности справиться со стрессом, к замкнутости, чувству обиды, вины и т.д. Еще Гален отмечал, меланхоличность раковых больных. Сравнивая личностные проявления больных туберкулезом и раком, Скворцов К.А. и Ромасенко В.А. отмечают, что больные раком более унылы, «лежат, как правило, молча, устремив взгляд в пространство (Скворцов К.А., Ромасенко В.А., 1961). Большинство авторов отмечают такую специфическую особенность онкологических больных как неумение справиться со стрессом, фиксация на фрустрирующей ситуации, вместо поиска выхода из нее (LeSchan, 1977).

В последнее время появляется множество работ по диагностике личностных свойств, обеспечивающих адаптивное поведение неизлечимо больных людей. Однако среди исследователей нет единодушия. Так, по исследованиям Бажина Е.Ф. и Гнездилова А.В. относительно более успешно адаптируются к онкологическому заболеванию и выстраивают более эффективную линию поведения эмоциональные, сердечные, общительные люди. У больных с чертами замкнутости, социальной пассивности, сдержанности и преобладанием интеллектуальных интересов в условиях онкологического заболевания есть тенденция к образованию сверхценных и бредоподобных идей, к аутизации, самоизоляции и суицидальным тенденциям (Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., 1978). Однако по данным Айзенка Г.Ю. и ряда других авторов эмоциональная лабильность и экстраверсия, импульсивность и эмоциональная откликаемость являются преморбидными факторами риска онкологических заболеваний как черты, стабилизирующие стресс (по Урванцеву Л.П., 2000). Русина Н.А. придает большое значение в развитии адаптивного отношения к болезни высокой степени самопринятия и уверенности в себе (Русина Н.А., 2000). Торжков А.Д. придает большое значение в выборе адаптивной стратегии выраженной аффектотимии и эмоциональной компетентности, которые компенсируют обеднение и уплощение контактов с окружающими, связанными с развитием социальной ситуации болезни (Торжков А.Д. и др., 1996).

В целом, исследования личностных свойств онкологических больных, обеспечивающих адаптивное отношение к болезни перспективны. Призывая изучать, в первую очередь, позитивный

психологический опыт, Маслоу А. писал: «Если мы хотим знать, как быстро может бегать человек, не нужно выводить средние значения для «представительной выборки» в популяции, лучше собрать тех, кто завоевал Олимпийские золотые медали и посмотреть, как они могут бегать». На наш взгляд, главный недостаток существующих работ — отнюдь не их противоречивость, а отсутствие глубины дифференциально-психологического анализа личности и системности в исследованиях психологии онкологического больного, т.е. исследование того, как именно такой тип личности адаптируется к неизлечимой болезни и какие социально-психологические, психические, соматические факторы на это влияют. Не случайно, рассматривая вопросы медико-психологического обеспечения лечения онкологических больных, Биктимиров Т.З. и Модников О.П. подчеркивают, что в настоящее время необходим системный подход при изучении больного раком, предполагающий сопоставление типичных проблем и способов их разрешения личностью. При этом кризисная природа онкологического заболевания требует психологической оценки единой, сложной системы, включающей больного, его семью и медперсонал (Биктимиров Т.З., Модников О.П., 1998). Наиболее полно требования к системному психодиагностическому обследованию больных с целью определения индивидуальных стратегий адаптации к болезни и выбора методов ее коррекции изложены в работе Николаевой В.В. «Влияние хронической болезни на психику».

1. Объектом диагностики является не только пациент, но и вся «социальная ситуация развития», которая сложилась ко времени исследования, и в которой разворачивается жизнедеятельность больного.
2. Диагностика «социальной ситуации развития» предполагает работу психолога не только с самим больным, но и с членами его семьи, с близкими людьми. Основная направленность подобной работы: выявление факторов, прогностически благоприятных и неблагоприятных для судьбы самого больного и течения его болезни.
3. Особенно важна характеристика психической деятельности больного, включающая описание структуры выявленных изменений и анализ сохранных звеньев психической деятельности и компенсаторных ресурсов.
4. Необходимо выявление и описание спонтанных способов компенсации дефекта, найденных в ходе адаптации к болезни, а также типов психологической защиты (Николаева В.В., 1987).

Построение психодиагностических исследований с учетом этих требований обеспечит высокую научную ценность результатов подобных работ и расширит современные представления о психической зрелости и личностной динамике в ситуации онкологического заболевания.

При этом, следует отметить, что традиционный подход к изучению личностных особенностей всегда ставит исследователя в позицию «внешнего наблюдателя». Анализируя работы по психодиагностике личности онкологических больных, мы пытались определить черты психологической зрелости неизлечимых больных и особенности их поведенческих стратегий адаптации к болезни. Однако, изменения поведения в разных ситуациях не обязательно означают личностные изменения. Причины этого таковы:

1. Выявленные изменения могут быть результатом применения ненадежного теста.
2. Необходимо учитывать особенности выборки испытуемых. Смещение в возрастных и гендерных характеристиках выборки могут сильно исказить результаты.
3. Личностные характеристики могут быть прежними, но проявляться в новом виде.
4. Некоторые лица более стабильны в поведении, некоторые менее (Pervin, 1978).

Более перспективным подходом к анализу проявлений психической зрелости неизлечимо больных людей, на наш взгляд, является исследование их на уровне «субъективной модели здоровья».

Индивидуальная модель здоровья — как форма рефлексивного анализа бытия личностью

Исследование субъективной реальности в психологии позволяет понять специфику восприятия человеком травмирующей ситуации и способов ее проживания, а также значение этой травмирующей ситуации в контексте жизненных перспектив. Исследование субъективных моделей — интегральная проблема когнитивной и экзистенциальной и социальной психологии личности.

В когнитивной психологии давно известен факт, что различия между людьми, эффективно или неэффективно реагирующими на внешний мир являются функцией их внутренней модели мира. Субъективная модель здоровья индивида (далее индивидуальная модель здоровья) отражает рефлексивный анализ человеком своей жизнеспособности и возможностей саморазвития. Она формируется в течение всей жизни на основании личного опыта и

социальных влияний. При исследовании индивидуальной модели здоровья как сложной системы психической регуляции жизнедеятельности, можно выделить интрасистемный, системообразующий и интерсистемный уровни.

- Интрасистемный уровень формируется на основании сравнения текущего состояния с эталонным представлением о состоянии здоровья. Он включает сенсорно-перцептивную, эмоциональную, интеллектуальную информацию. Это своеобразный «оперативный образ» своего состояния.
- Систообразующий уровень — это уровень рефлексивного самоопределения личности, уровень ценностей и смысло-жизненных ориентаций. Систообразующая информация — это информация о том, «кто я в этой жизни и куда иду?». На этом уровне целостная оценка текущей жизненной ситуации соотносится с целями и ценностями личности.
- Интерсистемный уровень формируется как избранные личностью под влиянием жизненной ситуации принципы реагирования и стратегии поведения. Это развернутый план действий: «что мне делать?».

Интрасистемный уровень индивидуальной модели здоровья в ситуации болезни может развиваться по-разному. В зависимости от выраженности дискомфортных ощущений и их интеллектуальной категоризации оценка состояния человеком значительно различается. Если дискомфортные ощущения выражены слабо, либо дискомфорт воспринимается как кратковременное явление, человек продолжает чувствовать себя здоровым. Если дискомфортные ощущения очень сильны, либо категоризируются человеком как признаки серьезного заболевания, на базе интрасистемного уровня модели здоровья формируется «образ болезни», получивший в научной литературе название внутренней картины болезни. О важности изучения внутренней картины болезни писал еще в 1944 году Лурия Р.А., продолжая развитие идей Голдшейдера А. об аутопластической картине болезни. Подробное и методическое изучение жалоб больного, по мнению Лурии Р.А., отнюдь не является эмпирическим методом, а все больше получает строгое научное обоснование: «Внутренняя картина болезни — это все то, что испытывает и переживает больной человек, вся масса его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, представление о своей болезни и ее причинах...- весь этот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (Лурия Р.А.,

1944). В современной медицинской психологии общепринятым и наиболее удачным считается определение внутренней картины болезни Николаевой В.В. Ей удалось наиболее удачно обобщить многочисленные отрывочные концепции и более частные представления. Николаева В.В. выделяет чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный уровни отражения болезни в психике заболевшего (Николаева В.В., 1987). Однако понятие внутренней картины болезни не исчерпывает проблематику отношения человека к болезни.

Болезнь и ее значение обязательно осмысливается в контексте всей жизни, общих жизненных перспектив и целей. Именно развитая индивидуальная модель здоровья помогает человеку выйти «за пределы болезни», перейти от роли больного к роли человека, попавшего в трудную жизненную ситуацию. И сформировать активно-совладающий стиль поведения.

В зависимости от того, насколько и явную угрозу жизни, по мнению человека, несет заболевание, индивидуальная модель здоровья изменяется. «Трансформации, в первую очередь, касаются системного уровня модели: Я-концепции и смысложизненных ориентаций человека. Как пишет большинство авторов, сам факт смерти не делает жизнь бессмысленной, смерть придает жизни необходимую ценность и перспективу (Kubler-Ross, 1969; Sherman, 1987; Vrankl, 1990 и др.). Поэтому смертельное заболевание, как это не парадоксально, либо развивает модель здоровья и формирует стратегии совладающего поведения, либо приводит к ее крушению и на уровне стратегий поведения развивает стремление к самоубийству. Вот почему в психотерапии неизлечимых больных ключевое значение имеет коррекция ценностно-смысловой сферы «Я».

Индивидуальные модели здоровья при онкологическом заболевании и возможности их коррекции

Анализируя модели здоровья онкологических больных, можно отметить, что категоризация своего состояния как здорового или болезненного проходит несколько этапов. Петерсон Б.Е. указывает, что «размытая» симптоматика, скудное проявление признаков дискомфорта, характерное для ранних стадий онкологического заболевания, часто определяется больными как случайные явления, поэтому среди них практически не встречаются аггравирующие свое состояние либо ипохондрически центрированные на своих ощущениях пациенты (Петерсон Б.Е., 1974). Такие больные не меняют свою модель здоровья и демонстрируют обычное пове-

дение. Оценка состояния меняется после объективного выявления опухолевого заболевания. «Болезненный процесс, никак не обнаруживавший себя сначала, после установления диагноза начинает «обрастать» чувственной тканью, появляются соответственно локализованные interoцептивные ощущения» (Тхостов А.Ш., Арина Г.А., 1990). На базе интрасистемного уровня модели здоровья формируется «образ смертельной болезни». Соотнося свои ощущения с определенными знаниями и мифами о болезни, больной «принимает решение» о наличии заболевания и формирует свою личную концепцию болезни. В обществе распространен стереотип восприятия рака — как печати прокаженного». Как пишет Русина Н.А., рак воспринимается как фактор необратимого отчуждения тех, кто уже смотрит в лицо смерти, от всех остальных: «Я никогда не стану таким как раньше, как все остальные, здоровые» (Русина Н.А., 2001). Другой социальный «миф» о раке как страшной каре за грехи, приводит многих онкологических больных к восприятию болезни как наказания, вызывая реакции страха, обиды, вины, агрессии (Feifel, 1969). Контент-анализ популярной отечественной художественной литературы, в которой затрагивается проблема онкологического заболевания, показывает, что в большинстве художественных сюжетов (более 70%) онкологическое заболевание приписывается персонажам, имеющим неблагоприятный социальный опыт в прошлом: предательство, жестокость, обман и т.д. Поэтому негативизм, мрачность, раздражительность таких больных наряду с нарушениями в области телесных ощущений может быть обусловлена и анализом личного прошлого, что придает аутистическую направленность мышлению (Ромасенко В.А., Скворцов К.А., 1961).

На стадии генерализации онкологические больные часто испытывают чрезвычайные дискомфортные ощущения. Основной причиной негативно окрашенных переживания пациента становится боль. Оценка ситуации болезни уплощается, становится одномерной в зависимости от наличия или отсутствия болевых ощущений. Боль в качестве элементарного аффективного переживания наиболее близка к эмоции страха. Поэтому тревожно-фобические реакции часто характеризуют общий фон состояния больного (Герасименко В.Н., 1977).

Больной может узнавать о приближении смерти из различных источников: ухудшается физическое состояние, появляются патологические ощущения в области разных органов, изменяется поведение окружающих, могут появляться сны необычного содержания. Существует так называемый «предфинальный синдром» перед концом жизни. Он проявляется в ослаблении процессов узна-

вания, ощущений, памяти, временной и пространственной ориентации, отмечается также потеря надежды и сильная раздражительность. Основной страх — страх смерти возникает у инкурабельных больных в исходной стадии не всегда. Многое зависит от длительности заболевания. Предсмертельный период при длительной раковой болезни не сопровождается страхом смерти, причем «вытеснение болезни» в терминальной стадии может перерасти в благодушный фон настроения. (Ромасенко В.А., Скворцов К.А., 1961).

Квасенко А.В. и Зубарев Ю.Г. считают, что на эмоциональную оценку состояния и формирование отношения к болезни существенное влияние оказывает локализация патологического процесса и последствия радикальной операции. Если в результате операции сильно меняется устойчивый образ тела, ее последствия воспринимаются как более тяжелые. Так, боязнь увечья при радикальной операции по поводу рака молочной железы или злокачественные поражения челюстно-лицевой области чаще приводят к заострению эмоциональных реакций пациента. (Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980). Восприятие тела до калечащей операции в проективном психологическом исследовании соотносимо с изображением, описываемым как «доброе, чистое, тихое, гладкое, ослабленное, простое». Восприятие тела после операции сопоставимо с геометрическими изображениями, которые описываются как «сильное, быстрое, злое, противное» или «тяжелое, медленное, мягкое, темное» (Русина Н.А., 2001).

Специфика интрасистемного уровня индивидуальной модели здоровья определяется не только характером патологических изменений и социальных реакций на болезнь. Огромное значение будут иметь индивидуально-типологические качества личности: когнитивные стиль, особенности темперамента, характера человека, возрастно-половые характеристики. Так, по результатам наших исследований больных колоректальным раком, женщины более критично относятся к оценке своего состояния. Мужчины менее остро чувствуют болезнь. Паллиативные операции, позитивно отражаясь на психоэмоциональной сфере тех и других, у женщин дают менее устойчивый психотерапевтический эффект.

Психокоррекционная работа с интрасистемным уровнем модели здоровья онкологических больных должна предполагать использование «техник отреагирования» (таких как психодрама, психокатарсический метод Брейера, арттерапевтические методики и др.), помогающих пройти эмоциональный путь от отрицания болезни к принятию ее как жизненной ситуации. Так, эффективной формой коррекции интрасистемного уровня модели здоровья

онкологических больных может считаться метод психотерапевтического воздействия, описанный в работе Завизиона В.Ф., Ольхова О.Г., Коссэ В.А. Для снижения тревожности онкологических больных в предоперационный период они предлагают использование техник нейро-лингвистического программирования по следующему сценарию:

1. Расспрос о характере переживаний.

2. Визуализация представлений:

А) визуализация представлений стрессирующей ситуации и фиксация эмоциональной окраски переживаний;

Б) визуализация ситуации с максимальной работой сильных черт личности, фиксация положительных эмоций;

В) отделение подсознания, наблюдений за собой с высоты прошлого опыта в момент максимальной работы сильных черт личности, управление изображением стрессирующей ситуации (уменьшение и увеличение ее объема, изменение яркости);

3. Повторная визуализация, возврат в исходное положение.

По данным автора 30-минутный рефрейминг снижал тревожность больных в подавляющем большинстве случаев (Завизион В.Ф. и др., 1995).

С того момента, как онкологический больной «примирился» с неизбежностью смерти. Это приводит к изменению системного уровня модели здоровья: меняется не только оценка своего текущего состояния, но и представления о смысле жизни и ее перспективе, общие стратегии поведения. Как пишет Русина Н.А., формирование новых личностных смыслов при раке происходит гораздо быстрее, чем при любых других заболеваниях. Больной оказывается перед проблемой выбора новых ценностей и перспектив, с которыми он должен разобраться в кратчайший срок. За короткий период больной может перейти на новую ступень в духовном развитии. Однако нередко он к этому просто не готов и оказывается в полной растерянности. Жизнь замедляет свой ускоренный темп. Происходит искажение временных интервалов. Ему остается жить месяц, а он говорит, как это много (Русина Н.А., 2001). Нами было проведено биодромальное психодиагностическое исследование представлений онкологических больных о своем жизненном пути. Результаты показывают, что при проективном представлении жизни как трех окружностей: прошлого, настоящего и будущего у неизлечимо больных людей «круг будущего» почти всегда отсутствует и изолирован от настоящего и прошлого. «Круг настоящего»

выражен значительно сильнее, чем у здоровой выборки. Граница между прошлым и настоящим практически всегда — подтверждение смертельного диагноза. Смерть входит в восприятие настоящего как важное, но не единственное событие. Насыщенность настоящего личностно значимыми событиями зависит от типа адаптации к болезни. При эффективной адаптации настоящее насыщено событиями, не меньше чем прошлое. Однако, если в прошлом остаются события, принадлежащие к разным сферам жизни: работа, семья, окружение, то в настоящем круг событий сужается: это события в сфере ценностей и чувств человека и события, связанные с его ближайшим окружением.

Изменение отношения к жизни и понимание неотвратимости смерти, изменяет и само отношение к смерти. Принятое в обществе «культурное табу» смерти формирует отрицание, как типичную реакцию на смерть. О смерти не надо думать, говорить, готовиться к ней. Некоторые эксперты (Aries, 1977; Pattison, 1977) высказывают мнение, что если бы наша культура давала людям более реалистичное восприятие смерти, мы могли бы показать менее искаженные образы смерти нашим детям. Средний человек, достигший 21 года, ни разу не был свидетелем человеческой смерти, но зато видел более 13000 смертей по телевидению (DeSpelder, Strickland, 1983). Все это приводит к тому, что даже подготовленный медицинский персонал, работающий с умирающими больными, испытывает сильнейшие эмоциональные нагрузки и тоже нуждается в психологической помощи. «Даже с серьезной подготовкой некоторым медсестрам и другим медицинским работникам тяжело ухаживать за умирающими и ежедневно встречаться с их родственниками. Некоторые медицинские работники могут подчеркивать «научный подход к смерти», пытаясь отстраниться от происходящего. Другие могут принимать слишком близко к сердцу тревоги и горе одного пациента и его семьи, что может вызывать у персонала тягостное чувство вины, стыда или печали (Haber, 1987).

В обществе, как подчеркивает Филипп Арьес, «наиболее типично отрицание смерти как механизм психологической защиты. Мы живем в эпоху «невидимой смерти», убедив себя, что это еще одна проблема, решение которой пока не найдено (Aries, 1981). Социальное отношение к смерти «как разрушающему жизнь страшному событию, о котором лучше не думать», мешает формированию активного совладающего поведения, которое может быть выражено в принятии смерти как факта жизни. Франкл В. указывает, что смерть не перечеркивает жизнь и не лишает ее смысла. Напротив! Чтобы являла собой наша жизнь, если бы мы были бес-

смертны? Мы бы могли спокойно откладывать каждый поступок на неопределенный срок. Неважно было бы, совершим мы его сейчас или не совершим; каждое дело может быть с равным успехом сделано и завтра, и послезавтра. Перед лицом же смерти — как абсолютного и неизбежного конца, ожидающего нас в будущем, и как предела наших возможностей — мы обязаны максимально использовать свое время» (1990).

Формирование именно такого отношения к смерти как к факту, проясняющему смысл жизни, является центральным моментом в развитии индивидуальной модели здоровья в условиях неизлечимой болезни. Основу психокоррекционной работы на системном уровне модели здоровья могут составлять методы рациональной психотерапии, логотерапии Франкла В., религиозные системы воздействия. Например, в христианстве существует развитая этическая концепция, определяющая отношение христианина к страданиям и смерти: «Болезнь — есть время посещения человека богом. Господь приносит человеку болезнь телесную как горькое лекарство от недуга душевного» (отец Сергей Филимонов, 1999). Переживая телесные страдания и зная свою обреченность, человеку дается шанс подготовиться к вечной жизни, замолодить грехи, вырасти в духовном развитии. Смерть — это не конец существования, а переход к иной его форме.

Индивидуальные особенности в стратегиях осмысления смерти как факта жизни фактически не изучены. В современной гуманистической литературе описаны лишь общие мировоззренческие подходы к осмыслению вопросов жизни и смерти. Интересен вопрос, что определяет индивидуальный выбор человеком той или иной системы взглядов, помимо исторических традиций и социальной доступности учения. Влиять на этот выбор могут и особенности социально-психического склада личности, предпочитаемые человеком стратегии поведения. Так, известно, что психологическое воздействие на человека даже разных течений христианства различно. Православие культивирует отношение человека и бога как общение всемогущего отца и провинившегося сына («Прости, господи, грешен я!» — типичное обращение православного христианина к богу). Католицизм (протестанство) определяет отношения человека и бога как старшего и младшего (Помоги мне, господи, и укрепи мои силы!).

Интерсистемный уровень модели здоровья онкологического больного представлен стратегиями поведения в ситуации неизлечимой болезни. Обобщая типичные поведенческие реакции на смертельное онкологическое заболевание, Элизабет Кюблер-Росс (Kubler-Ross, 1969) представляет процесс приспособления к мыс-

ли о смерти в виде сменяющих друг друга фаз реагирования: отрицание, гнев, торг, депрессию, примирение.

1. Отрицание наличия такой онкологической патологии, преуменьшение тяжести состояния. Специфика фазы заключается в поиске обнадеживающих мнений и диагнозов, и, в то же время, все внимание личности приковано к подозрениям болезни, обостряется личностная и ситуативная тревожность. Заостряются личностные черты, утрачивается ощущение полноты жизни, но жизненный стереотип, в целом, сохраняется.
2. Гнев, обида, зависть, бурный протест, дисфория, склонность к агрессии и аутоагрессии возникают после подтверждения диагноза и осознания близкой неотвратимости смерти. Этот период, как правило, связан с ломкой привычного жизненного стереотипа, с крушением планов и надежд;
3. На стадии «торга» человек принимает факт смертельной опасности и ищет способы продлить жизнь. Он соглашается с необходимостью долго и интенсивно лечиться. С этой фазы начинается борьба активной человеческой личности с надвигающейся опасностью. На эту борьбу мобилизуются все социальные и психические резервы человека, меняются стратегии поведения и саморегуляции. Человек дает обещание и пытается договориться с Богом, врачами, другими людьми, чтобы отдалить развязку, облегчить себе боль и страдания.
4. «Депрессивная» стадия онкологического заболевания связана с постепенной утратой надежды на выздоровление, с возникновением чувства безнадежности. На этой стадии больной горюет о том, что уже потерял, о разлуке с родными и близкими. Его поведение ориентировано не на перспективу, а на прошлое и настоящее.
5. «Примирение» с судьбой. У человека нарастает безразличие к окружающему миру. Иногда возникает желание приблизить смерть как окончательную развязку.

Несмотря на то, что описанные Кюблер-Росс Э. стадии представляют собой нормальные реакции на приближение смерти, они не являются обязательными. Зарубежные и отечественные исследователи (Kastenbaum, 1979; Hudson, 1981; Шефов С.А., 2001) считают, что представленность этих фаз в поведении больных будет значительно отличаться не только и не столько в зависимости от тяжести проявлений болезни, сколько степени психической зрелости человека. Как отмечено в ряде исследований, проявления

психологических сдвигов и выраженность психических нарушений у онкологических больных практически не коррелирует с тяжестью заболевания (Герасименко В.Н., 1977; Урванцев Л.П., 2000 и др.). Грейс Крайг считает, что на реакции неизлечимо больного человека оказывают влияние многие факторы, включая культуру, к которой он принадлежит, личностные особенности, религиозные воззрения, личная философия жизни, а также продолжительность ситуации ожидания смерти. Некоторые люди продолжают испытывать гнев и депрессию до самой смерти, в то время как другие приветствуют смерть как освобождение от боли и одиночества (Craig, 2000). Все это позволяет рассматривать ситуацию онкологического заболевания как сложное личностное испытание, реакция на которое обусловлена не только спецификой ситуации, но и психической зрелостью человека. В ситуации неизлечимого заболевания, связанного с риском смерти, человек должен по-новому осмыслить свою жизнь, определить ее ценности, оценить свои возможности сохранить человеческое достоинство перед лицом смерти. Известно, правда, что выраженность смысло-жизненных ориентаций и высокая степень принятия себя благоприятно сказываются на интерсистемном уровне модели здоровья: на процесс адаптации к жизни в условиях неизлечимой болезни. Девис считает, что у больных, умирающих от рака, возможны различные варианты отношения к смерти:

- адаптивный, с приспособлением к болезни и верой на выздоровление;
- апатичный, с безнадежностью и безразличием к исходу;
- зависимый, с требованиями к окружающим;
- «неприятие болезни», со сварливостью, страхами, ссорами (Davis et. al., 1973).

В целом психологический смысл ситуации умирания — это переосмысление своей жизненной перспективы, «процесс подтверждения обязательств перед жизнью» (Imara, 1975). В свете этих представлений мудрость человека, эмоциональная зрелость и оптимизм, вера в свои силы, доверительное отношение к окружающим имеют ключевое значение в выборе эффективной стратегии поведения в ситуации болезни.

Выраженность смысло-жизненных ориентаций и высокая степень принятия себя благоприятно сказываются на интерсистемном уровне модели здоровья: на выборе адаптивной стратегии поведения. В этом плане особенно интересны исследования больных после хирургического вмешательства по поводу злокачественных образований, проведенные Русиной Н.А. Анализируя ситуацию онкологического заболевания как ситуацию воз-

можного кризиса жизненных смыслов и отношения к себе, она выделяет две группы больных. Первая группа — люди с выраженной аутосимпатией, уверенностью в себе и ожиданием положительного отношения со стороны других — отличается эффективными копинг-ресурсами, приемами совладания с болезнью и, что наиболее важно, быстрее восстанавливается после хирургического вмешательства по поводу опухоли. «Такие больные, — пишет Н.А. Русина, — с хорошей «Я-концепцией», адекватным образом «Я» и многоуровневыми предельными смыслами через несколько дней после операции становятся способны к общению и обсуждению своих проблем». Вторая группа с противоположными характеристиками и стратегиями послеоперационного поведения. По собственным исследованиям в ситуации онкологического заболевания эффективнее поведение больных с положительным самоотношением и выраженным самопринятием. Они имеют выраженные смысложизненные ориентации, успешно структурируют (заполняют значимыми действиями) свое время и имеют адекватные ситуации, жизненные цели и ценности, не теряют интерес к социальной жизни и прямо или опосредованно в ней участвуют. Именно такой тип адаптивного поведения описывает Франкл В., излагая последние события жизни умирающего молодого человека с диагнозом неоперабельной опухоли спинного мозга. «Ему уже давно пришлось оставить профессию. Он был парализован и не мог работать. Таким образом, у него не осталось возможности реализовывать созидательные ценности. Но даже в таком тяжелом состоянии ему были доступны ценности переживания. Он проводил время в разговорах с другими, поддерживал, ободрял. Он читал много книг, особенно любил слушать хорошую музыку. Однако наступил день, когда он не смог переносить натиска звука в наушниках, полностью парализованные руки не держали книги. Настал новый этап его жизни: если ранее от созидательных ценностей он был вынужден перейти к реализации ценностей переживания, теперь он должен был отступить дальше — ему оставались доступны только ценности отношений. Своим поведением он старался быть примером для окружающих (1990).

Таким образом, развитая ценностно-смысловая регуляция поведения умирающего больного способствует формированию адаптивного отношения к жизни в условиях неизлечимого заболевания.

Говоря о подходах к психокоррекционной работе на интереси-стемном уровне, следует отметить, что здесь нет и не может быть единого пути. Стратегия адаптации к неизлечимому заболеванию

зависит и от специфики социально-психологической ситуации больного, от отношения к нему родственников, друзей, медперсонала, соседей по палате. Обобщая разные подходы к коррекции поведения умирающих больных, Кастенбаум Р. отстаивает право людей выбирать свой собственный путь к смерти и пишет: «Пусть говорят о своих чувствах, заботах, переживаниях; пусть получают ответы на все свои вопросы, пусть приведут в порядок свои дела, пусть встретятся с родными и простят им обиды и ссоры или сами попросят прощения. Для человека возможно важнее совершить все эти действия. Но выбрать, что ему делать, человек должен сам» (Kastenbaum, 1979). Право человека на индивидуальную жизнь отражено и в памятке с практическими рекомендациями для тех, кто пытается поддержать умирающих (Creig, 2000).

1. Будьте искренни в своих заботах мыслях и чувствах.
2. Сомневаясь, задавайте вопросы:
 - А). Как вы себя чувствуете?
 - Б). Вы можете еще что-нибудь сказать об этом?
 - В). Я не помешаю?
 - Г). Не нужно ли Вам чего-нибудь?
 - Д). Как Вы о себе заботитесь?
3. Отвечая человеку, находящемуся в кризисной ситуации, обязательно используйте фразы:
 - а). Я чувствую...
 - б). Я думаю...
 - в). Я бы хотел...
4. Не используйте фразы:
 - а). Это не так ...
 - б). Все будет хорошо...
 - в). И другие, мешающие человеку выразить свои собственные индивидуальные нужды и чувства.
5. Придерживайтесь по возможности настоящего времени: как вы себя чувствуете сейчас? В чем вы сейчас нуждаетесь?
6. Выслушивайте умирающего со вниманием. Это оказывает мощное целительное воздействие, если не на тело, то на душу. Не нужно ничего приукрашивать. Не нужно возражать. Не нужно брать на себя страдания умирающего. Это его страдания. И ему необходимо их пережить в свое время и по-своему.
7. В критической ситуации людям необходимо знать, что они способны сами принимать решения. Иногда уместно указать им на возможные альтернативы.
8. Предлагайте любую практическую помощь, которую Вы считаете возможным оказать.

Заключение

Исследования психологии онкологических больных очень актуальны и достаточно широко представлены в современной научной литературе. Разнообразие подходов к исследованию в этой области связано, в первую очередь, с междисциплинарным характером проблемы. На наш взгляд, одним из наиболее перспективных является интегральный когнитивно-экзистенциально-гуманистический подход, связанный с изучением индивидуальных моделей здоровья онкологических больных. Он позволяет рассматривать ситуацию неизлечимой болезни не изолированно, как особую стрессовую ситуацию, а в контексте осмысления человеком всей своей жизни. Перед лицом реальной угрозы смерти человек отчетливее представляет свою жизнь, осознает ее масштаб. Задача психолога — сохранить и развить эту масштабность восприятия жизни, т.к. только она позволяет уточнить жизненный смысл и достойно встретить смерть как естественную часть жизни.

Приложение

Краткая форма теста ROI «Опросника личностной ориентации» (Джоунс, Крендалл, 1986)

Краткий вариант ROI состоит из 15 вопросов, которые респонденты оценивают по 4-значной шкале: 1 — не согласен; 2 — частично не согласен; 3 — частично согласен, 4 — согласен.

Краткая шкала измерения самоактуализации (Джоунс, Крендалл, 1986)

1. Я не стыжусь ни одной из своих эмоций.
2. Я чувствую, что должен делать то, что ждут от меня другие.
3. Я верю, что по существу люди хорошие и им можно доверять.
4. Я могу сердиться на тех, кого люблю.
5. Всегда необходимо, чтобы другие одобряли то, что я делаю.
6. Я не принимаю свои слабости.
7. Мне могут нравиться люди, которых я могу не одобрять.
8. Я боюсь неудач.
9. Я стараюсь не анализировать и не упрощать сложные сферы.
10. Лучше быть самим собой, чем популярным.
11. В моей жизни нет того, чему бы я особо себя посвятил.

12. Я могу выразить свои чувства, даже если это приведет к нежелательным последствиям.
13. Я не обязан помогать другим.
14. Я устал от страхов и неадекватности.
15. Меня любят, потому что я люблю.

Примечание: Чем выше общее количество баллов, тем выше уровень самоактуализации.

Пункты 1, 3, 4, 7, 10, 12, 15 являются прямыми.

Оценка соответствует баллу по данному пункту.

(1=1; 2=2; 3=3; 4=4).

Пункты 2, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 14 являются инверсными.

Их оценка производится в обратном порядке.

(1=4; 2=3; 3=2; 4=1).

Литература

1. *Арбес Ф.* Человек перед лицом смерти.//М. — 1992.
2. *Бажин Е.Ф. и др.* Медико-психологические проблемы онкологической клиники.//Психология и медицина. — М. — 1978. — сс.220-224.
3. *Биктимиров Т.З., Модников О.П.* Медико-психологическое обеспечение в системе лечения онкологических больных.//Психология и практика. — Ярославль. — 1998. — Т.4. — Вып.4. — сс.106-110.
4. *Герасименко В.Н.* Реабилитация онкологических больных.//М. — 1977.
5. *Гроф С., Хэлифакс Дж.* Человек перед лицом смерти.//М. — 1996.
6. *Дмитриева Н.В., Глазачев О.С.* Индивидуальное здоровье и полипараметрическая диагностика функциональных состояний организма (системно-информационный подход).//М. — 2000.
7. Жизнь земная и последующая.//Сост. П.С. Гуревич, С.Я. Левит. — М. — 1991.
8. *Завизион В.Ф., Ольхов О.Г., Коссе В.А.* Оценка уровня тревожности онкологических больных в предоперационном периоде и ее коррекция.//Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 1995. — №3-4. — сс.87-91.
9. *Зорза Р., Зорза В.* Путь к смерти: Жить до конца.//М. — 1990.
10. *Калиновский П.П.* Переход: Последняя болезнь, смерть и после.//М. — 1991.
11. *Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г.* Психология больного.//Л. — 1980.
12. *Крайг Г.* Психология развития.//М. — 2000.
13. *Лищук В.А., Мосткова Е.В.* Основы здоровья: актуальные задачи, решения, рекомендации (обзор).//М. — 1994.

14. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология.//М. — 1998.
15. *Николаева В.В.* Влияние внутренней болезни на психику: Психологическое исследование.//М. — 1987.
16. *Петерсон Б.Е.* Врач и онкологический больной.//Вопросы онкологии. — 1974. — № 10. — сс.118-121.
17. *Ромасенко В.А., Скворцов К.А.* Нервно-психические нарушения при раке.//М. — 1961.
18. *Русина Н.А.* Социально-психологические проблемы в онкологии.//Проблемы социальной психологии XXI столетия. — Ярославль. — 2001.
19. *Судаков К.В.* Диагноз здоровья.//М. — 1993.
20. Телесность человека: междисциплинарные исследования.//Отв. ред. В.В. Николаева, П.Д.Тищенко. — М. — 1990.
21. *Тищенко П.Д.* Жизнь как феномен культуры.//Биология в познании человека. — М. — 1989. — сс.243-253.
22. *Тхостов А.Ш., Арина Г.А.* Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни.//Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. — Л. — 1990.
23. *Урванцев Л.П.* Психология соматического больного.//Ярославль. — 2000.
24. *Филимонов С.* Церковь. Больница. Больной.//С.-Пб. — 1999.
25. *Франкл В.* Человек в поисках смысла.//М. — 1990.
26. *Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности (основные положения, исследования и применение).//С.-Пб. — 1997.
27. *Шефов С.А.* Тонатопсихологические проблемы в социальной психологии.//Проблемы социальной психологии XXI столетия. — Ярославль. — 2001.
28. *Щедрина А.Г.* Онтогенез и теория здоровья.//Новосибирск. — 1989.
29. *Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия.//М. — 1999.
30. *Aries P.* The hour of our death.//N.Y. — 1981.
31. *Cook A.C., Oltjenbruno K.A.* Dying and grieving: Lifespan and family perspectives.//N.Y. — 1989.
32. *Fitzgerald H.* The mourning handbook : A complete guide for the bereaved.//N.Y. — 1994.
33. *Kubler-Ross E.* On death and dying.//N.Y. — 1969.
34. *Temishok L.* Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model.//Cancer Surv. — 1987. — Vol.6. — pp.545-567.

III.1.4. ВОЗМОЖНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СРЕДНЕЙ ПОЛОСЕ РОССИИ

Подавляющее большинство онкологических больных к моменту заболевания находятся в активном трудоспособном возрасте. Более 50% после радикального лечения живут свыше 5 лет, 28,4% — свыше 10 лет. Для данного контингента важно не только, сколько лет прожил человек, но и как он прожил эти годы. Одним из актуальных вопросов является возможность реабилитационных мероприятий на санаторном этапе у пациентов после радикального лечения опухолей.

Медицинская реабилитация — активный процесс, включающий комплекс мероприятий по предотвращению инвалидности во время лечения заболевания и помощь инвалиду в достижении им как можно более полной физической, психологической, профессиональной и социально-экономической самостоятельности после перенесенной болезни или травмы. В соответствии с Международной классификацией ВОЗ (1980 г.) выделяют следующие медико-биологические и психо-социальные последствия болезни или травмы, что актуально и для пациентов после радикального лечения онкопатологии:

- повреждения — утрата анатомических, физиологических, психических структур или функций;
- нарушение жизнедеятельности — обусловленная повреждением утрата или ограничение повседневной деятельности в пределах, считающихся нормальными для общества;
- социальные ограничения — возникающие в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности препятствия для выполнения данным индивидуумом свойственной ему социальной роли.

Целями медицинской реабилитации для онкологических больных являются (10):

- восстановительная — предполагается выздоровление без значительной потери трудоспособности;
- поддерживающая — уменьшение потери трудоспособности адекватным лечением и правильной тренировкой (например, пациент с ампутированной конечностью);
- паллиативная — при прогрессировании заболевания можно предупредить развитие некоторых осложнений (пролежни, контрактуры, психические расстройства).

Все последствия радикального лечения связаны между собой. Их сочетание, в конечном счете, определяет объем медицинской реабилитации, необходимый в каждом конкретном случае. При этом именно на санаторно-курортном этапе необходимо подходить к лечению данного контингента пациентов индивидуально. Совершенно естественно, что нельзя назначать одинаковые курсы санаторно-курортных мероприятий пациентам в ранние сроки после радикального лечения, когда необходима, прежде всего, психо-социальная коррекция и, по возможности, восстановление утраченных функций. И совершенно другой объем медицинской реабилитации будет у людей, вернувшихся к труду и проживших более 5, тем более 10 лет, после радикального лечения.

При этом на санаторно-курортное лечение должны направляться две основные группы онкологических больных, радикально леченых, нуждающихся в комплексе реабилитационных мероприятий для компенсации нарушенных функций отдельных систем и органов (10).

1-я группа — больные с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, требующие специального режима питания, поэтому предпочтение должно отдаваться курортам с питьевыми минеральными водами.

2-я группа — для лечения практически всех остальных онкологических больных с анатомо-функциональными нарушениями после оперативного лечения, отягощенных сопутствующими расстройствами сердечно-сосудистой системы, нейроциркуляторной дистонией, астеническими синдромами, посткастрационным синдромом наиболее благоприятен умеренный морской климат и средневропейская полоса.

Грушина Т.И. (2001) приводит следующие показания к санаторно-курортному лечению: осложнения проведенного радикального противоопухолевого лечения; сопутствующие заболевания.

В своей повседневной практике врач любой специальности, в том числе и санаторно-курортных учреждений, встречается с онкологическими больными. По нашим данным, ежегодно в санатории «Звенигород» лечится порядка 30-35 пациентов, радикально леченных по поводу рака молочной железы, желудка, толстого кишечника, легкого, матки и предстательной железы. Ежегодно у 1-3 отдыхающих первично диагностируются злокачественные новообразования различной локализации.

Независимо от состояния пациента, давности радикального лечения основу санаторно-курортной терапии будет составлять *климатическое лечение*, которое включает в себя несколько основных взаимосвязанных факторов, оказывающих на отдыхающего

комплексное воздействие, но которые часто не рассматривают, считая только фоном. Этот подход можно считать неадекватным. Климатические факторы являются естественными биологическими раздражителями, влияющими на все рецепторы организма. Под влиянием климатических факторов, особенно если они применяются дозированно, формируются ответные реакции за счет рефлекторных и нейрогуморальных механизмов воздействия. Главное — это тренировка механизмов терморегуляции и термоадаптации, то есть закалывающее действие, повышающее реактивность организма, уровень окислительно-восстановительных и обменных процессов. Известно их нормализующее действие на систему иммунитета, гипосенсибилизирующее действие, улучшение функционального состояния нервной и сердечно-сосудистой систем. Увеличение объема кислорода в воздушном бассейне курортной зоны — природная оксигенотерапия, способствует положительной динамике легочно-сердечных взаимоотношений.

Широкий спектр климатических влияний приводит к двум основным реакциям — общим и специфичным для каждого вида воздействий. В частности, по мнению Клячкина Л.М. и Щеголькова А.М. (2000), традиционно патогенное влияние влажности преувеличивается, а саногенное недооценивается. Умеренная влажность воздуха способствует увлажнению кожных и слизистых оболочек дыхательных путей, поддержанию мукоциллиарного клиренса и водно-солевого баланса организма. Поэтому специфические и неспецифические сдвиги находятся в тесном взаимодействии и приводят к различным ответным реакциям организма под влиянием климатических факторов. Это обеспечивает положительный эффект у больных с различными нозологическими формами заболеваний, в частности сердечно-сосудистой, бронхо-легочной, нервной, костно-мышечной и других систем организма.

Можно выделить следующие общие механизмы воздействия климатических факторов на организм, обуславливающие их неспецифическое влияние:

- объективность и независимость от человеческого сознания и его восприятия;
- неразрывная связь климатических факторов друг с другом, что обуславливает комплексное влияние на организм человека и требует учета всех составляющих;
- абсолютность воздействия, так как климатические факторы являются универсальными формами, воздействующими и обеспечивающими существование живых существ, в том числе и человека на Земле;

- связанность и непрерывность, то есть возможность передачи воздействий через объективные различные материальные поля (электромагнитное излучение, световой диапазон, акустические, химические и иные влияния) с одновременной прерывистостью или дискретностью, позволяющие каждой составляющей климатотерапии иметь определенные размеры и границы;
- количественная и качественная бесконечность, понятия неотделимые друг от друга, определяющие возможность и взаимовлияние климатических факторов и организма, что позволяет одновременно производить измерения основных параметров как среды, так и человеческого организма;
- однонаправленность сдвигов под влиянием методов климатотерапии при различных заболеваниях;
- идентичная направленность физиологических изменений при разных методах климатического лечения одного и того же заболевания;
- аналогичность профилактического действия при разных заболеваниях;
- различия в скорости протекания процессов в организме и соотношения между ними, зависящие от динамики климатических факторов;
- двусторонняя связь между человеком и климатическими факторами, связанная с общими философскими понятиями времени и пространства, которая обуславливает общий принцип существования на Земле — каждая относительно меньшая материальная система (человек) существует и движется в пространстве и времени большей системы (климата).

Совокупность неспецифических эффектов в механизме действия климатических факторов на организм обеспечивает основу восстановления нарушенных функций системы кровообращения, бронхо-легочной, нервной систем, общей и иммунологической реактивности. Поэтому климатотерапию можно рассматривать как физиологическую основу реабилитации, а, следовательно, одним из методов восстановительной терапии.

Отправление больного в иную климатическую зону неизбежно приводит к необходимости адаптации отдыхающего к новым природным и климатическим условиям. Поэтому в данном случае надо учитывать два основополагающих момента — это акклиматизацию и адаптацию человека на курорте, и не менее важной и сложной проблемой является реадаптация человека к привычным условиям проживания после длительного пребывания в другой кли-

матической зоне. *Акклиматизация* — более узкое понятие, являющееся частным случаем адаптации. Поэтому именно приспособительные реакции на климатическом курорте обозначают термином «акклиматизация». Следует учитывать, что любая смена климата, даже микроклимата при отправлении в местный санаторий, всегда сопровождается процессами акклиматизации, которые не всегда учитываются. При этом всегда происходят физиологические сдвиги в организме, направленные на поддержания внутреннего равновесия в новых условиях существования.

Основополагающими трудами в этой области являются работы Воронина Н.М. с сотрудниками (1950-1960 гг.), заложившими основные понятия в этом разделе климатотерапии, на которые мы ссылаемся ниже. Общей закономерностью процесса акклиматизации является фазность изменения реактивности организма. Первая фаза — «ориентировочная» — при которой, отмечается общая центральная заторможенность и некоторое снижение работоспособности. Вторая фаза — «повышенная реактивность» — характеризуется преобладанием процессов возбуждения, некоторой центральной расторможенностью, повышенной деятельностью симпатического отдела нервной системы, усилением функции дыхания, кровообращения и других систем. В этой фазе снижается общая физиологическая устойчивость организма. Третья фаза — «выравнивание» — характеризуется перестройкой физиологических функций организма, при которой на их осуществление необходима наименьшая затрата энергии, что создает предпосылки для повышения общей устойчивости организма. Изменения, происходящие в этой фазе, лежат в основе оздоравливающего действия климатических факторов. Стабилизация функций на высоком уровне, достигаемая при акклиматизации, по мнению Сорокиной Е.И. (1989) может сохраняться в течение месяцев и даже лет.

Процесс акклиматизации проявляется так же частыми, специфическими для того или иного климата чертами приспособления к факторам, которые в наибольшей степени отличаются от постоянных условий жизни. Длительность и специфика процесса акклиматизации к любому климату зависит не только от внешних природно-климатических факторов, но и от индивидуальных особенностей организма человека — возраста, конституции, степени закаленности и тренированности, характера и тяжести основного и сопутствующих заболеваний. Следовательно, акклиматизация требует не только затрат времени, но и приводит к напряжению адаптации.

Вспоминая учение В.И. Вернадского, Илларионов В.П. (2001) пишет, что «Если галактические влияния на состояние здо-

ровья человека мало ощутимы, то к гелеометеотропным изменениям, т.е. соответствующим изменениям физического состояния Солнца и Земли, чувствительны 30-40% населения нашей планеты, а в старших возрастных группах эта чувствительность отмечается в 90 и более процентах случаев».

В климатолечение включают следующие взаимосвязанные и взаимодополняющие понятия, такие как:

- использование метеофакторов с упором на особенности местного климата санаторно-курортного учреждения — это то, что влияет на человека и часто не доучитывается в курсе комплексного лечения; это то, что не зависит от нас с вами, а оказывает общее (положительное или негативное) воздействие на организм индивидуума;
- назначение специальных климатических процедур в лечебных и/или профилактических целях, включая в себя воздухолечение или аэротерапию, солнцелечение или гелиотерапию, купания в открытых водоемах, в том числе и в море или таласотерапию.

Аэротерапия — использование атмосферного воздуха в лечебных и профилактических целях, основа климатического лечения, составная часть санаторно-курортного режима. Именно этот вид воздействия недооценивается медработниками и отдыхающими. А потому, что существует общий подход — больше гуляйте на свежем воздухе. И здесь у большинства отдыхающих возникает двойное отношение: с одной стороны быть на воздухе хорошо, полезно, это вроде бы не нуждается в комментариях; с другой стороны — самое большое препятствие — это сам человек, которому просто лень ходить по дорожкам санатория или заниматься спортивными играми. Тем более найти объяснение своему нежеланию быть на воздухе всегда можно: то очень яркое солнце и жарко, то холодно, то мелкий дождь, то надо что-либо сделать или посмотреть телевизор, сходить в бар и так далее до бесконечности. Это — вроде и не лечение, а так — простое времяпровождение на воздухе. Хотя этот в корне неправильный, но стойко укоренившийся подход к аэротерапии не позволяет адекватно оценить важное значение воздухолечения. Кроме того, одним из основных критериев нивелирования эффективности аэротерапии являемся мы с вами, так как, часто не знаем, не понимаем, недооцениваем благотворное действие воздуха на организм.

Надо всегда помнить самим и объяснять отдыхающим, что аэротерапия — это многопрофильное лечение, направленное на повышение защитных сил организма, нормализацию тонуса нервной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной системы, стаби-

лизацию термоадаптации, ускорение уровня обменных процессов. При этом наиболее адекватным объяснением является проведение многоплановой работы с отдыхающими, которую должен проводить весь медперсонал.

В понятие аэротерапии, то есть той, которая проходит независимо от нас, включаются не только прогулки, отдых в беседке или на скамеечке, но и все спортивные игры на свежем воздухе, все увеселительные и развлекательные мероприятия, в том числе и пешие экскурсии. Кроме того, аэротерапия входит непосредственно и в ряд лечебных мероприятий, которые как бы уже не являются воздухолечением, а относятся совсем к иным процедурам, таким как купание в реке, озере или море, катание на лодках или лыжах (в зависимости от сезона года), лечебный терренкур. Имеются и специальные мероприятия или воздушные процедуры, такие как круглосуточная аэротерапия (пребывание на воздухе в соответствующей сезону года одежде, в том числе и сон на открытом воздухе) и вторая, более известная часть — воздушные ванны, то есть ограниченное по времени пребывание в обнаженном виде на воздухе. Круглосуточная аэротерапия, к сожалению, в большинстве случаев мало применима для условий Средней полосы России в связи с достаточно коротким летом и прохладными ночами, что ограничивает, а часто делает нецелесообразным применение сна на открытом воздухе в ночное время. Хотя постоянное пребывание на более свежем воздухе, насыщенном кислородом, различными фитонцидами, более высокая проветриваемость помещений, удлинение пребывания в течение дня на улице, оказывает несомненный положительный эффект.

Поэтому, как ранее писал Киричинский А.Р. (1959), особенностью влияния климата является то, «что он воздействует на обширное рецепторное поле, включая и дистантные рецепторы с их короткими и прямыми связями с подкоркой и корой головного мозга. Вот почему под воздействием климатического фактора на первый план выступают общие реактивные изменения организма, но всегда с непременно участком очагового компонента. Это обстоятельство делает понятным факты благоприятного течения местных патологических процессов под влиянием одного лишь климатического лечения без специально направленных лечебных мероприятий».

Следовательно, врач санатория при назначении аэротерапии пациентам после радикального лечения опухолей должен выделять два аспекта:

- внешний или погодный, учитывающий температуру, влажность воздуха, наличие ветра, солнечной радиации, вели-

чину атмосферного давления, особенности ландшафта (например, резкие подъемы в гору, или наличие гололеда на дорожках и т.д.);

- внутренний или состояние отдыхающего. Здесь надо рассматривать две составляющие. Одну из них объективную, зависящую от конкретного соматического состояния пациента в данное время (артериального давления, динамики ЭКГ, пульса, аритмии, частоты и ритмичности дыхания и т.д.). Вторую — субъективную, которая в свою очередь может зависеть от конкретного восприятия своего состояния на данный отрезок времени (или недооценка или переоценка своих функциональных возможностей), а также психо-эмоциональный фон с явлениями депрессивно-навязчивых состояний, чувства страха или нежелания что-либо делать. Именно в каждом конкретном случае врач должен дать объективную оценку состояния отдыхающего и выбрать правильную тактику.

Поэтому, несмотря на все положительные стороны аэротерапии в условиях санатория, имеются и ограничения. К ним относятся все острые сосудистые состояния, острые и хронические воспалительные процессы в стадии обострения, острые инфекционные заболевания. Особым разделом аэротерапии, назначаемым врачом и проводимым под контролем среднего медперсонала, являются *воздушные ванны*, то есть конкретная аэропроцедура — дозированное воздействие свежего воздуха на обнаженного или полубогащенного человека с целью лечения и закаливания. По степени обнажения тела во время приема воздушные ванны подразделяют на полные (когда человек остается в купальнике или плавках) и полубогащенные (при раздевании до пояса).

В зависимости от сезона года, погодных условий воздушные ванны могут проводиться на пляже под тентами или в тени, на открытой веранде, в аэрации, в климатопавильоне или в палате при открытых окнах или фрамугах. Для ослабленных больных рекомендуется проведение первых процедур под простыней, затем в помещении с открытым окном и только в последующем после адаптации организма можно перейти к слабым холодовым нагрузкам на открытом воздухе.

Купания в естественных и искусственных водоемах, таких как река, озеро, пруд, море, открытый бассейн является одной из наиболее широко распространенных водолечебных климатических процедур в теплый период года. Реки или озера, тем более морское побережье оказывают на человека особое психоэмоциональное действие, обусловленное возможностью поплавать или покататься

Таблица III.1.4.1

Продолжительность воздушных ванн в минутах

Номер процедуры	Виды воздушных ванн		
	Прохладно-воздушные	Индифферентные	Теплые
	При t° воздуха + 17-20 °С	При t° воздуха + 21-23 °С	При t° воздуха + 24 °С и выше
1-3 ванна	4-5	10	15
4-6 ванна	8-10	20	30
7-9 ванна	15	30	45
10-12 ванна	20	40	60
13-15 ванна	25	50	75
16-17 ванна	30	60	90
18-20 ванна	30	60	120
21-24 ванна	30	60	120

на лодке, побыть дополнительно на свежем воздухе, полюбоваться красотами местности, послушать шум воды, половить рыбу. Именно открытые водные пространства создают у человека ощущения отдыха, простора, отвлечения от повседневных забот. При данном виде климатической процедуры на индивидуума опять таки действует весь спектр климатических факторов — солнце, воздух, вода, ландшафт. Поэтому купания в открытых водоемах, особенно при сочетании с солнечными ваннами противопоказаны у данного контингента больных.

При купании человека в открытом водоеме на человека действуют следующие факторы: термические, механические, химические. Механизм действия плавания в открытых водоемах сложен и многообразен. Как указывает Олиференко В.Т. (1986), рецепторный аппарат кожи человека и связанные с ним адаптационные механизмы организма в течение филогенеза и всей жизни формируются в условиях окружающей человека воздушной среды. Поэтому при попадании его в водную среду происходят как качественные, так и количественные изменения, свойственные организму в

обычных условиях физиологических реакций и раздражений. Плавание влияет на основные функции организма, способствует тренировке сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, костно-мышечной систем, стимулирует симпатoadреналовую систему, увеличивает интенсивность обмена веществ, нормализует механизмы терморегуляции, повышает функциональную активность, жизненный тонус, работоспособность. Данный вид климатолечения является мощным адаптогеном и оказывает выраженное закаляющее действие. Контраст температуры тела, воздуха, воды, особенно при их выраженном различии является сильным раздражителем, предъявляющим особые требования к сердечно-сосудистой системе. В практическом отношении наиболее удобно производить расчет времени пребывания отдыхающего в воде по рекомендациям таблицы III.1.4.2.

Таблица III.1.4.2

**Схема купания в открытых водоемах в зависимости
от режима и температуры воды**

Температура воды, °С	Купания слабого воздействия в минутах		Купания умеренного воздействия в минутах	
	Первая процедура	Последняя процедура	Первая процедура	Последняя процедура
16-17	0,5	1,5	1,5	2
18-19	0,5	1,5	1,5	3
20-22	1	2	2-3	8-10
23-24	1	4	5	12-17
25-26	1,5	7	7	16-23

Противопоказаниями к назначению купаний в открытых водоемах являются:

- лихорадящие больные;
- пациенты с острыми и хроническими заболеваниями в стадии обострения;
- при частых приступах бронхиальной астмы;
- больные с эпилепсией;
- ХНЗЛ с склонностью к кровохарканию;

- гипертоническая болезнь IIБ-III ст;
- мозговые сосудистые кризы;
- ИБС с аневризмой сердца и сосудов с частыми приступами стенокардии, выраженными нарушениями ритма.

Продолжая летнюю тему, нельзя не остановиться на *лечебной гребле*, которая проводится на открытых водоемах на 2-х местных прогулочных лодках. Принято проводить расчет по времени, дистанции и темпу гребли. При этом подход может быть двояким: как к спортивным мероприятиям на открытом воздухе для относительно компенсированных пациентов, так и просто прогулка в качестве пассажира в лодке, расширяющая показания к данному виду лечебно-закаливающих малонагрузочных процедур. В зависимости от конкретных условий расположения санаторно-курортного учреждения необходимо вносить коррективы в общепринятую схему, делая основной акцент на темпе гребли и времени нахождения на воде. Общепринято, что лечебная гребля дозируется:

- по времени — от 10 минут до 1 часа;
- по темпу гребли — от 18 до 26 гребков в минуту;
- по длительности дистанции от 100 метров до 1-3 км.

Другим распространенным видом сочетания климатофакторов и спортивных мероприятий являются подвижные *спортивные игры*, зависящие от оборудования спортплощадок и возможностей санатория. Волейбол, баскетбол, футбол, теннис, бадминтон, настольный теннис разрешают отдыхающим, находящимся на II и III санаторном режиме. Крокет, кегельбан, городки и другие малоподвижные игры назначают отдыхающим, находящимся на I и II санаторном режиме, при температуре воздуха от 10°C и выше и скорости ветра до 3 м/сек. Восстановительный период не должен быть более 20-40 минут.

К сочетанным воздействиям климатотерапии и спорта относятся также в теплое время и *велосипедная прогулка*. Показаниями для этого вида воздействий являются компенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы, хронические неспецифические заболевания легких, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы с сохранением двигательной функции, заболевания кожи. В связи со статичной позой, циклической двигательной нагрузкой на нижние конечности значительно улучшается периферическое кровообращение, повышается двигательная активность мышц конечностей, увеличивается объем вдоха и выдоха, повышается жизненная емкость легких. Кроме того, езда на велосипеде оказывает выраженное тренирующее действие на сердечно-сосудистую, дыхательную системы, увеличивает газообмен и повышает уровень

окислительно-восстановительных процессов, особенно если на трассе имеются небольшие спуски и подъемы. Противопоказаниями будут кроме декомпенсированной патологии также заболевания почек с хронической почечной недостаточностью, нарушения двигательной функции при заболеваниях суставов и позвоночника и периферической нервной системы, болезнь Меньера и все виды головокружений, посттромбофлебитический синдром и выраженное варикозное расширение подкожных вен, значительное снижение остроты зрения.

Особым видом, оказывающим разностороннее действие на организм, является *райттерапия*. Здесь не только красивый ландшафт, аэротерапия, физическая нагрузка, но и огромное эстетическое наслаждение от общения человека с конем. Этот вид отдыха и лечения показан без исключения всем пациентам, которые не боятся лошадей. Подход к выбору нагрузок, конечно, зависит от состояния здоровья и рекомендованного режима. При режиме №1 (шадящие воздействия) разрешается прокатиться в колясках, кошечках в зависимости от сезона года; это оказывает огромное положительное психо-эмоциональное воздействие на отдыхающего и создающего эффект полноценного отдыха. У ряда пациентов при режиме №2 можно применять верховую езду; объем и длительность прогулки зависит от физического и соматического состояния человека и подбирается каждый раз индивидуально.

В зимнее время на первый план выходят *лыжные прогулки*, которые назначаются дифференцированно от особенностей санаторного режима отдыхающих. В первые дни лечебной ходьбы на лыжах рекомендуется спокойно проходить дистанцию на равнине отрезками по 200-300 метров в тихом темпе с остановками, во время которых рекомендуется 5-6 дыхательных упражнений. Затем проходимые дистанции увеличиваются, и при II санаторном режиме разрешается проходить без остановки до 1 км.

Посещение бассейна является одной из наиболее широко применяемых сочетанных методик водолечения и лечебной физической культуры. Этот вид лечения перекликается с купаниями в открытых водоемах, но в отличие от них является менее нагрузочной процедурой, так как практически нивелировано гидромассажное действие воды (нет волн, течения). Поэтому, конечно, и перечень показаний для плавания в бассейне расширен по сравнению с открытыми водоемами.

Наконец, следует иметь в виду, что по закону Архимеда при погружении в пресную воду тело человека теряет 9/10 своей массы, а при заполнении бассейна морской или минеральной водой — еще больше. Как указывает Олиференко В.Т. (1986), для человека

создаются близкие условия к невесомости. Это позволяет заниматься в воде активной лечебной гимнастикой пациентам, у которых «остаточная сила мышц, находящихся в состоянии пареза, недостаточна для активных движений в воде».

Среди действующих факторов в бассейне также, как и при купании в открытых водоемах, выделяют:

- температурный (холодовой) фактор;
- механический, действие которого значительно более выражено, чем при отпуске ванн и душей, как по интенсивности, так и по характеру воздействия на организм за счет выполнения движений в воде;
- гидростатический фактор, который имеет значение и при получении ванн, однако при ваннах гидростатическое давление равно 40–60 г/см² кожи, а в бассейне на ноги приходится 100–120 г/см², а на грудную клетку всего 10–15 г/см². Поэтому видна большая разница в гидростатическом давлении на разные участки тела в бассейне;
- физический фактор, обусловленный купанием или плаванием в воде. Известно, что при попытке быстрого передвижения возрастает сопротивление воды, что создает дополнительную тренирующую нагрузку на мышцы. Дозировка опорной нагрузки на нижние конечности (особенно при ходьбе по дну бассейна) зависит от уровня воды — величина нагрузки обратно пропорциональна глубине бассейна;
- химический фактор, если бассейн заполнен минеральной или морской (в том числе и искусственной) водой.

Купание в бассейне применяется у пациентов, которые не умеют хорошо плавать, держаться на воде, выполнять четко координированные движения в воде, а также для отдыхающих, находящихся на первом санаторном режиме, когда нагрузка резко ограничена. *Лечебное плавание* — это комплекс четко координированных движений, позволяющий находиться на поверхности и передвигаться по воде. Другим, совершенно особым видом использования бассейна, является *гимнастика в воде или гидрокинезитерапия*. Данный вид воздействия подразделяется на пассивные и активные физические упражнения, ходьбу в воде, механотерапию (7). Особой разновидностью является сочетание пассивных движений со специальными упражнениями при тугоподвижности суставов, для создания свободы движений. Эти занятия специально проводятся в бассейне, так как в воде повышается двигательная активность (которая снижена на воздухе), расслабляются периферические ткани с возможностью большего их растягивания. В воде производят растягивание связочно-капсулярного аппарата

сустава, боковое смещение и наклон, вращение. В санатории подбирается группа, с которой инструктор проводит групповое и одновременно индивидуальное занятие. Эффективность такого комплекса достаточно высока, тем более, что не оказывается повышенной нагрузки на сердечно-сосудистую систему, но увеличивает не только двигательную активность, но и психо-эмоциональный фон. Положительные эмоции связаны с двумя основными моментами — это возможность совершить те движения, которые не получаются в жизни и зале ЛФК, одновременно идет закрепление в ЦНС двигательного стереотипа, а также возможность побыть в бассейне, что для таких больных создает предпосылки для выздоровления.

Калашникова О.М. (2001) отмечает, что условия пребывания в воде приводят к ограничению гравитационной нагрузки, а именно к частичному блокированию влияния на мышечные рецепторы. Возникает сенсорная депривация, то есть возврат тех форм движений, которые были на ранних этапах развития. Активное движение может быть выполнено при минимальном мышечном усилии вследствие резкого снижения тормозящего влияния веса конечности.

Не стоит считать, что *аквааэробика* — занятия для богатых или для бездельников. Правильнее — это новый подход к гидрокинезитерапии. Преимущество аквааэробики заключается в следующих основных моментах.

1. Водные упражнения являются идеальным средством физической тренировки и положительного эмоционального настроя в любом возрасте, особенно у пожилых и тем более после радикального лечения опухолей.
2. Ослабление гравитации на тело: при погружении до пояса гравитация уменьшается на 50%, а до уровня груди — на 80%. Поэтому снижается восприятие собственного веса и уменьшается нагрузка на суставы, что расширяет возможности применения упражнений в пожилом возрасте и при патологии опорно-двигательного аппарата. Уровень нагрузки на суставы в воде намного ниже, чем на воздухе. Особенно при прыжках, беге, что исключает травматизацию связочно-суставного аппарата. Кроме того, на суставы действует момент выталкивания из воды, что значительно облегчает их работу. Также нормализуется объем выработки синовиальной жидкости, что также облегчает движение.
3. Нагрузка на мышцы резко отличается, так как задействовано большее количество мышц для поддержания положения в воде для компенсации силы, выталкивающей нас из воды.

При движениях в воде мышцы расслаблены, не напряжены как на суше, поэтому увеличивается диапазон движения и легкость выполнения упражнений. Например, поднятая к поверхности воды нога свободно плавает, обеспечивая растяжение мышц такое же, как на суше.

4. Развитие гибкости, плавности и подвижности.
5. Обеспечивается улучшение кровообращения, с предотвращением застоя в нижних конечностях, так как клапанный аппарат вен работает эффективнее, что важно при отеках, застойных явлениях и после травм. Изменяется и сам характер кровообращения, больший объем проходит через почки, чем мышцы (на суше все, наоборот), в связи, с чем усиливается диурез.
6. Облегчение дыхания в воду при погружении по грудь и даже шею, так как расслабляются мышцы. Правда при ряде ХНЗЛ и сердечно-сосудистых заболеваниях давление воды на клетку может вызывать субъективно неприятные ощущения, им рекомендовано погружение только до пояса.
7. В воде практически отсутствует эффект потоотделения, так как отдача тепла в воду в четыре раза выше, чем на воздухе, и все органы терморегуляции перестраиваются на новый механизм.

Музыкальное сопровождение, плавность движений, уменьшение количества повторов однообразных упражнений, и наоборот, постоянно перетекающие из одного положения в другое теплая вода и доброжелательность тренера находят все большую популярность среди отдыхающих. Немаловажную роль играет в психологическом плане и название. Когда человеку приходится заниматься ЛФК в воде, он считает себя больным, а если назначают акваэробiku, то это воспринимается больше как развлечение, а не обязательная процедура. Ведь нам всем хорошо известно, что когда «надо заниматься», то всегда не хочется. Если же можно пойти «попрыгать» в воде, то это, вроде бы и необязательная физкультура, тогда как психологический и эмоциональный комфорт выше, а лечебная эффективность ничуть не меньше. Здесь четко проявляется синергизм факторов, когда две процедуры — лечебное плавание и ЛФК в зале по лечебной эффективности и психологическому комфорту ниже, чем акваэробика, а по временным затратам выше.

Одной из возможностей водолечения является назначение *лечебных душей и локальных ванн*. При этом вспомним некоторые положения гидротерапии, в которой основополагающим является принцип метамерных реакций, разработанный около 2-х столетий

назад и совершенствующийся все последующие годы, наиболее полно отвечает принципу рефлекторных воздействий водных факторов. Это определяет возможности назначения мягких водных процедур после радикального лечения и ограничивает общие интенсивные воздействия. Гемодинамические сдвиги представляют собой чрезвычайно важный, иногда основной терапевтический фактор водолечебных процедур. Поэтому именно перемещению больших масс крови в гидротерапии придавалось всегда достаточно большое значение. Обоснованием к актуальности этого вопроса являются многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов, посвященные возможностям изменения кровообращения на периферии и внутренних органов под влиянием водных процедур. До сих пор общепризнанным законом гемодинамики является закон Д'Астр-Мора об антагонизме между поведением сосудов кожи (периферических) и сосудов брюшной полости, выражающийся в том, что при сужении сосудов кожи расширяются сосуды органов брюшной полости и наоборот. Эти закономерности были установлены еще в 1825 году нашим соотечественником Никитиным А., затем подтверждены Павловым И.И. задолго до публикаций Д'Астр-Мора. Но так сложилась судьба, что о приоритете наших ученых просто забыли. Дальнейший научный поиск частично подтвердил, частично расширил и модифицировал закон Д'Астр-Мора. Винтерниц установил, что местные холодовые воздействия имеют однонаправленное влияние на сосуды кожи и органов брюшной полости. Штрассер выявил однонаправленные реакции сосудов кожи, селезенки, почек. Штрассбургер подчеркивал независимость поведения сосудов мозга по отношению к сосудам поверхности тела. Гауффе, разработав ванны с постепенно повышающейся температурой, выявил, что при медленном повышении температуры воды в ванночках для конечностей расширяются не только мелкие поверхностные сосуды, но и более глубоко лежащие сосуды, вызывая большое перераспределение крови в организме.

При всяком кратковременном воздействии на кожу первоначально возникает спазм сосудов. Интенсивность и продолжительность последнего находится в строгой зависимости от характера примененного раздражителя (холод или тепло) и его длительности. В последующем спазм сменяется расширением, также носящим весьма разлитой характер. Интенсивность сосудистых реакций по мере удаления от места раздражения будет убывать, но, тем не менее, ответная реакция сосудов будет у всего организма. Эта содружественная и идущая в одном направлении реакция сосудов всей поверхности нашего тела связана филогенетически со стары-

ми механизмами защитного характера и носит название «консенсуальной» реакции. Каждый раз, когда возникает эта реакция (например, появляется спазм сосудов кожи), большие массы крови удаляются оттуда и депонируются в сосудах, прежде всего брюшной полости, потом грудной клетки и затем черепа. При этом наступает известная гиперемия внутренних органов и систем, то есть переполнение кровью. Наоборот, при резком расширении поверхностных сосудов кровь депонируется в коже, тем самым кровенаполнение внутренних органов уменьшается (8).

Если же воздействие проходит метамерно, то есть на ограниченном участке (компресс, местные ванны), то и реакция сосудов в зоне иннервации метамера будет носить односторонний ответ (расширение или сужение). Следует учитывать, что остальные органы вне зоны иннервации метамера будут давать противоположную сосудистую реакцию. Как пример, прохладная ножная ванна сужает сосуды ног и органов малого таза, тогда как по закону Д'Астр-Мора, должно происходить расширение, здесь же четко видна иннервация в зоне одного метамера. В такой интерпретации закон Д'Астр-Мора дает возможность правильно оценить и более рационально применять различные местные и общие гидротерапевтические процедуры. В последние десятилетия увлечение и превалирование химической составляющей водолечебных процедур достаточно нивелировало основные рефлекторно-сегментарные реакции на локальные и общие процедуры. Принцип метамерных ответов сосудистой системы был широко известен старым гидротерапевтам, часто выявленный эмпирически. В прошлом были разработаны удивительно рациональные подходы к местным водным процедурам, которые актуальны до сих пор, особенно при лечении тяжелого контингента пациентов, когда водолечебная процедура (даже локальная ванна для ног или рук, или четырех-камерные ванны) обладает огромным психотерапевтическим и выраженными эмоционально окрашенными положительными реакциями. Нельзя забывать, что любое локальное воздействие при гидротерапии сопровождается общей рефлекторной реакцией организма. Именно вопросы дозирования и продолжительности воздействия являются наиболее важными при локальных воздействиях и должны быть четко индивидуализированы. При избыточном воздействии ответ будет всегда прямо противоположный, особенно у пациентов преклонного возраста с отягощенным анамнезом. Поэтому при назначении локальных ванн необходимо учитывать не только принятую схему лечения, но и внимательно прислушаться к рассказу больного о своих ощущениях во время и после процедуры, то есть необхо-

димо вернуться к менталитету старых врачей, когда восприятие пациентом водной процедуры позволяли корректировать курс водолечения.

Другим основным действующим началом, особенно душей, является механический фактор, который определяется разновидностью душа, атмосферным давлением струи и местом приложения воздействия. Если проводится локальное воздействие, например, восходящий душ для промежности или душ воротниковой области, то и ответная реакция организма носит метамерный характер с менее выраженными общерефлекторными ответными реакциями. Самые мягкие души, такие как дождевой, игольчатый и пылевой души, могут широко применяться на всех этапах санаторного лечения пациентов. Наиболее жесткими будут душ Шарко, подводный душ-массаж, поэтому мы и не назначаем их данному контингенту пациентов, тем более в ранние сроки после радикального лечения. При воздействии на организм в курсе лечения имеется фазовый ответ на лечение. В начале, как правило, — возбуждение или тонизация, к окончанию курса может быть и мягкий седативный успокаивающий эффект.

Дождевой, игольчатый и пылевой души, которые могут назначаться при индифферентной температуре практически всем пациентам, отличаются в величине струек воды, падающих на человека. При дождевом — самые крупные отверстия в душевой сетке, интенсивное раздражение мелкими струйками воды, оказывающими легкое раздражающее воздействие, преимущественно на верхние отделы туловища и уменьшающиеся к нижним конечностям. Поэтому дождевой душ обладает всеми эффектами воздействия на воротниковую область и руки, то есть оказывает нормализующее влияние на артериальное давление, сердечный ритм, возбудимость нервной системы, обладает мягким обезболивающим действием. Среди разновидностей — игольчатый душ, аналогичен дождевому, но отличается меньшим количеством и диаметром отверстий в сетке, что обеспечивает выраженное покалывающее влияние на кожу. То есть фактор механического воздействия более жесткий, более раздражающий, поэтому влияет интенсивнее на человека, чем дождевой. Следует учитывать, что у ряда пациентов с выраженными возбуждательными процессами может вызывать неадекватное возбуждение и отрицательную реакцию на процедуру. Пылевой душ самый мягкий из всех существующих, он распыляется в виде водяной пыли из наконечника — шара, и как бы обволакивает человека со всех сторон. Душ очень мягкий. Не оказывает выраженного механического раздражения на кожу, поэтому может применяться при повышенной возбудимости, у детей, ста-

риков, ослабленных пациентов, в том числе и являться подготовительной процедурой в начале курса водолечения.

Промежностный или восходящий душ является разновидностью дождевого душа, который воздействует конкретно на промежность сидящего больного. Согласно принципу метамерных реакций, улучшает кровообращение и иннервацию промежности и пояснично-крестцового отдела позвоночника. Применяется при сопутствующей патологии мочевого пузыря, хроническом простатите с нарушением половой функции, геморрое, остеохондрозе пояснично-крестцового отдела с корешковыми синдромами, иногда при дисфункциональных процессах женской половой сферы, климактерических расстройствах с недержанием мочи, при зуде промежности. В настоящее время опять вспомнили о *нисходящем душе или душе Виши*. Данная процедура проводится лежа, поэтому на пациента уменьшается нагрузка во время процедуры, так как он лежит на кушетке во время процедуры, и на него падают дождевые струи воды.

В реабилитации пациентов с отягощенным анамнезом могут использоваться *местные пресные ванны и/или локальные вихревые ванны*. Воздействие проводят в воде с (или без) получением вихревых потоков, которые оказывают:

- температурное воздействие даже при индифферентной температуре воды;
- гидравлическое, за счет давления воды на дистальные отделы конечности, отличающееся от давления воздуха на вышележащие отделы, соответственно изменяется периферическая гемодинамика;
- механическое воздействие, за счет завихрений струи вокруг конечности с оказанием дополнительного раздражения на рецепторы кожи и более глубоко расположенных тканей.

Местные вихревые ванны оказывают влияние на периферическое кровообращение конечностей без существенного влияния на кровенаполнение крупных сосудов и скелетных мышц (Олиференко В.Т., 1986). Следовательно, пациенты с выраженными сердечно-сосудистыми нарушениями не испытывают перегрузки. Локальное улучшение микроциркуляции, особенно повышение тонуса поверхностных вен ускоряет лимфо-венозный отток; раздражение тепловых, тактильных и механорецепторов монотонным однообразным вихревым движением воды восстанавливает (или облегчает) передачу нервного импульса на периферии. И, соответственно, болевые синдромы, обусловленные нарушением микроциркуляции и трофики тканей, становятся менее выраженными. Кроме того, следует отметить, что у пациентов с высокими

цифрами АД, нарушением кровообращения на фоне сердечно-сосудистой недостаточности, с отеками и лимфостазом, обусловленными вегето-сосудистыми нарушениями, уменьшается болевой синдром в конечностях, последние становятся более теплыми, уменьшается явление цианоза. Здесь надо учитывать и большое психологическое значение локальных вихревых ванн у соматически тяжелых пациентов. Когда им назначают в санатории любую водную процедуру, даже ограниченную по объему, они перестают считать себя безнадежно больными. Так как, среди отдыхающих принято, что если проводят водолечение, значит, у него еще есть резервы здоровья, и он может позволить себе отдых еще и в следующий раз. Кроме того, при назначении водолечения следует учитывать и основные положения, разработанные Гусаровым И.И. (2000). Особое внимание уделено автором проблеме радиационного гормезиса, с позиций которого радонотерапия как источник малых доз облучения является методом не только лечения, но и профилактики заболеваний, в первую очередь, онкологических.

Другим видом общего воздействия является вытяжение позвоночника на *Детензор-мате*; создаваемое длительное вытяжение позвоночного столба происходит в условиях релаксации и в оптимальных направлениях в сочетании с правильным функциональным положением позвоночника при сохранении его физиологических изгибов. Простота применения, отсутствие каких-либо внешних нагрузочных воздействий, растяжение происходит под действием только собственного веса, обеспечивает улучшение циркуляции жидкости в тканях межпозвоночных дисков, увеличивает межпозвоночные промежутки и уменьшает напряженность мышц и связок, что оказывает выраженный лечебно-профилактический эффект и позволяет применять его у данного контингента пациентов.

Среди общедоступных процедур могут быть и *вибромассаж слуховых ходов*, проводимый на аппарате «Нагашима», который является профилактическим и лечебным средством при головокружениях, нарушениях церебрального кровообращения. Длительное применение данной процедуры (более 10 лет) показало ее безопасность, выраженный лечебный и психо-эмоциональный эффект, особенно у отягощенного контингента пациентов. На этом же аппарате можно проводить *орошение миндалин, десен* антисептиками и фитопрепаратами, что обеспечивает только локальное воздействие в отличие от ингаляций, поэтому расширены и показания к данной процедуре. Кроме того, у большинства отдыхающих имеются явления парадонтита, что позволяет уменьшить количество

мягкого зубного налета и микрофлоры полости рта, улучшить микроциркуляцию.

Большинству пациентов для лечения патологии парадонта и повышения психо-эмоционального фона показано назначение *гидромассажа десен* с лекарственными травами. Хотя именно локальные воздействия не учитываются, в основном врачами. На самом деле они имеют выраженное санирующее действие на полость рта и могут являться профилактикой хронических воспалительных процессов в челюстно-лицевой области и ЛОР-органах. Кроме того, любая мягкая процедура расширяет возможности санаторного лечения данного контингента пациентов.

При сопутствующей патологии, болевых синдромах, особенно суставов и мышц, трофических изменениях кожи возможно назначение *поляризованного света* от лампы «Бионик», курс лечения зависит от тяжести процесса и колеблется от 5 до 15 процедур. Его эффективность и безопасность была также отмечена Даминовым Ш.К. и Резниченко О.А. (1998).

Учитывая проблемы со стулом, общую зашлакованность организма для пациентов после радикального лечения, кроме перенесших вмешательства на кишечнике, возможно назначение *микроклизм* с минеральной водой, ромашкой или шалфеем, а также мониторной очистки кишечника или *колонотерапии*. При этом можно проводить очистку кишечника водой, минеральной водой, растворами трав, сорбентом для удаления токсинов. Промывание может проводиться от 10 до 20 литров. Процесс автоматизирован и позволяет следить за наполнением и очищением толстого кишечника на мониторе. Необходимо помнить о соблюдении этики; поэтому мы используем одноразовые трусы во время процедуры, что уменьшает психологический дискомфорт пациента. Противопоказаниями к мониторной очистке кишечника являются полипы, трещины заднего прохода, опухоли, тромбоз геморроидальных вен, острый геморрой, кровотечения из кишечника. Повторные процедуры проводятся один-два раза в неделю. Эффективность мониторной очистки кишечника проявляется не только в освобождении кишечника от непереваренных остатков пищи и каловых масс, но и в детоксикационном действии. Выведение шлаков и избытка воды, уменьшение уровня холестерина и проявлений аллергических реакций, восстановление нормальной работы желудочно-кишечного тракта, нормализация аппетита — это основные лечебные компоненты процедуры.

В Москве и Московской области распространены в основном для питьевого режима две разновидности воды: Московского типа — сульфатно-натриево-кальциевая с минерализацией $M=3-5,5$

г/дм³, применяемая почти во всех здравницах Московского региона, в то же время на западе Московской области распространены воды Смоленского типа — сульфатно-кальциево-магниевого и кальциево-магниевого, которые представлены Звенигородской, Дороховской водой и являются аналогами курорта Краинка, французского курорта Контревесиль. Как пишут Адилов В.Б. и Давыдова О.Б. (1997), «объективные данные показали, что по лечебному действию московская минеральная лечебно-столовая вода по всем показателям не уступает именитым соперницам с Кавказских Минеральных вод, а по некоторым нозологиям даже превышает их». Звенигородская минеральная вода, относящаяся к Смоленской группе лечебно-питьевых слабуминерализованных вод, является малуминерализованной сульфатно-кальциево-магниевого водой ($M=2,2-4,4$ г/дм³). Она широко используется при лечении большинства нозологических форм в питьевом режиме с соблюдением общепринятых правил приема. Показаниями к ее назначению будут, в частности, послеоперационный период при операциях на желудочно-кишечном тракте, постгастрорезекционные синдромы (демпинг-синдром, гипогликемический синдром, гастрит культи желудка, анастомозит вне обострения, синдром приводящей культи). Кроме того, питьевой режим может быть показан большинству пациентов после радикального лечения; особенности приема будут зависеть от кислотности желудочного сока.

Назначение других процедур, в том числе и *питьевых минеральных вод* должно обосновываться индивидуально в каждом конкретном случае. Назначение физиотерапии, массажа, тем более тепловых процедур должно быть согласовано с лечащим онкологом с внесением его рекомендаций в санаторно-курортную карту. Значительное расширение показаний к назначению преформированных факторов и общепринятых методик массажа не должно являться приоритетом при выборе тактики лечения на санаторно-курортном этапе. Учитывая большой потенциал климатолечебных мероприятий, возможность назначения процедур, не оказывающих вредного воздействия на данный контингент больных, в условиях санатория можно обеспечить полноценный отдых, направленный на повышение резервных возможностей организма человека и улучшение его психо-эмоционального состояния. Возможность отдыха в санатории с проведением ряда адекватных процедур является залогом успеха в реабилитационном комплексе пациентов после радикального лечения, направленная на повышение качества жизни человека.

Литература

1. *Адилов В.Б., Давыдова О.Б.* Минеральные воды Москвы.//Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. — 1997. — №4. — сс.3-5.
2. *Грушина Т.И.* Физиотерапия у онкологических больных.//М. — 2001. — 208с.
3. *Гусаров И.И.* Радонотерапия.//М. — 2000. — 200с.
4. *Даминов Ш.К., Резниченко О.А.* Применение поляризованного света лампы «Бионик-1» для симптоматической терапии онкологических больных.//Паллиативная медицина и реабилитация. — 1998. — №2-3. — сс.22-23.
5. *Илларионов В.Е.* Современные естественнонаучные основы медицины.//М. — 2001. — 192с.
6. *Калашникова О.М.* О применении движений в воде с лечебной целью.//В сб.: Современные технологии восстановительной медицины. — 4 Межд. конференция. — Сочи. — 2001. — сс.184-185.
7. *Каптелин А.Ф.* Гидрокинезитерапия в ортопедии и травматологии.//М. — 1986. — 224с.
8. *Киричинский А.Р.* Рефлекторная физиотерапия.//Киев. — 1959. — 270с.
9. *Клячкин Л.М., Шегольков А.М.*//Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. — М. — 2000. — 326с.
10. Медицинская реабилитация.//Под ред.Акад.В.М.Боголюбова. — М. — Пермь. — 1998. — Т.2. — 648с.; Т.3. — 601с.
11. *Олиференко В.Т.* Водотеплолечение.//М. — 1986. — 288с.
12. *Сорокина Е.И.* Физические методы лечения в кардиологии.//М. — 1989. — 384с.



III.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ДУХОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ И ПЕРСОНАЛА В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

III.2.1. ПСИХООНКОЛОГИЯ. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСНОВЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Психоонкология — «Psycho-oncology» — новое направление научной и практической мультидисциплинарной деятельности в сфере изучения психологических, социальных и поведенческих аспектов рака, в которой целью деятельности, в рамках вышеуказанных субспециальностей, является: изучение психологических реакций онкологических больных, членов их семей и ухаживающего персонала; психологических, поведенческих факторов, влияющих на течение заболевания. Развитие междисциплинарных подходов в психоонкологии обеспечивается исследованиями в онкологии, хирургии, терапии, педиатрии, радиотерапии, эпидемиологии, иммунологии, эндокринологии, паллиативном уходе (лечении), реабилитационной медицине, а также психиатрии и психологии, направленных на максимальное улучшение и обеспечение качества жизни раковых больных, профилактику стресса и дистресса у обреченных пациентов, членов их семей и персонала, решение этических, кросскультуральных и духовных проблем (Aims @ Scope J. Psycho-Oncology- A Journal of the Psychological, Social, and Behavioral Dimensions of Cancer, USA).

Развитие психоонкологии связано с именем Bernard H. Fox (1918-2001) и его ранними исследованиями, посвященными изу-

чению эмоциональных реакций в психоонкологии, впервые опубликованными в конце 1970 г. Значительный вклад внес Fox В.Н. в организацию Международного психоонкологического общества (International Psycho-Oncology Society — IPOS) в восьмидесятых годах XX столетия (1984) и журнала «Психоонкология» («J. Psycho-Oncology») в 1992 г.

В знак признания заслуг Fox В.Н. в психоонкологии, на VI Всемирном Конгрессе по психоонкологии (декабрь, 2002 г., Буэнос-Айрес, Аргентина) была представлена мемориальная лекция известным специалистом в психоонкологии, президентом IPOS, активным членом Академии Психосоматической Медицины и Американской Психиатрической Ассоциации Jimmi C. Holland, автором уникального и единственного в настоящее время научного труда — Textbook of Psycho-Oncology (Oxford University Press).

На первый, беглый взгляд, само название «психоонкология», имеющее научное и практическое «хождение» в англоязычной литературе и социуме, может вызвать у российского читателя недоумение, в лучшем случае удивление, а в худшем — отрицание. И это — не удивительно, так как, несмотря на значительный вклад отечественных исследователей-онкологов, психологов и клинических (медицинских) психологов, психиатров, психотерапевтов в развитие научных направлений по проблемам психологического и психотерапевтического обеспечения онкологической клиники, хосписной службы и паллиативной медицины, в специальной научной медицинской и психологической отечественной литературе освещаются результаты исследований, которые до настоящего времени не носят комплексный, мультидисциплинарный характер и освещают решение отдельных вопросов, посвященных психологическим проблемам онкологической клиники и паллиативной медицины. С одной стороны — в отечественной клинической онкологии, психологии, психиатрии и психотерапии накоплен значительный уникальный материал, обеспечивающий системный подход к решению актуальных проблем «обреченных» пациентов, их родных и близких; с другой — только начинают разрабатываться: системный подход к научно-практическим прикладным исследованиям на стыке клинической психологии, психотерапии, онкологии, паллиативной помощи и паллиативной медицины, социальной деятельности, направленных на обеспечение лучшего качества жизни пациентов не только с онкологическими заболеваниями, но и с другими хроническими заболеваниями; исследования психологов и клинических (медицинских) психологов, посвященные

изучению особенностей личностного реагирования и механизмов патологического развития личности в условиях тяжелого соматического заболевания в зависимости от некоторых форм онкологических заболеваний; единые подходы к понятийному аппарату системы «психология — психотерапия — онкология — паллиативная медицина — паллиативный уход — социальная деятельность»; система психосоциальной профилактики, терапии и реабилитации при психологической дезадаптации, профессиональной дезадаптации персонала «критической» сферы деятельности — оказания комплексных мер и мероприятий «обреченным» больным с онкологической, неизлечимой соматической и психосоматической патологией.

Современный системный медико-психологический подход к разработке адекватной психодиагностики, психокоррекции и психотерапии поведенческих и эмоциональных реакций пациентов в онкологической клинике (Герасименко В.Н., 1974-1983; Кабанов М.М., 1978) предполагает изучение особенностей личностного реагирования онкологических больных на болезнь, психологических компенсаторных и защитных механизмов, взаимовлияния микросоциальной среды, семьи и личности, психологии и психотерапии семьи, вопросов социальной и психологической реабилитации (Бажин Е.Ф., 1977-1987; Гнездилов А.В., 1976-1998; Тхостов А.Ш., 1980-1991; Николаева В.В., 1987-1995; Эйдемиллер Э.Г., 1996-1999; Twycross R.G., 1982-1997; Akaho R., Shinohara Y., Yoshino M. et al., 1997).

Совершенно новый подход к проблемам психоонкологии в России реализуется в исследованиях, рассматривающих злокачественные заболевания как расстройства, непосредственно угрожающие жизни человека, которые могут проявиться сразу или спустя продолжительное время в виде тяжелых стрессовых состояний, крайним клиническим выражением которых являются посттравматические стрессовые расстройства ПТСР (Вельшер Л.З., Тарабина Н.В., Коробкова Л.И., Генс Г.П., 2002).

В то же время в России наметилась отчетливая тенденция изучения и разработки организационно-методических подходов в реализации программ создания комплексных систем специализированных учреждений паллиативной направленности (хосписов, стационаров дневного пребывания, гериатрических отделений, учреждений сестринского ухода), обеспечивающих оказание психологической, медицинской, социальной и духовной помощи не только «обреченным» онкологическим больным в критический период болезни, но и после неблагоприятного исхода их детям, родственникам, родным и близким. В развиваемых системах пал-

паллиативного лечения и ухода может оказываться комплексная психологическая, медицинская, психотерапевтическая, религиозно-духовная поддержка не только онкологическим больным на разных стадиях заболевания, но и при других хронических или неизлечимых состояниях (СПИД, хронические дегенеративные заболевания позвоночника, последствия нарушений мозгового кровообращения и травмы головного и спинного мозга, демиелинизирующие заболевания нервной системы и др).

Особое внимание начинает уделяться вопросам оказания комплексной медико-психологической, социально-педагогической, духовной помощи детям с неизлечимыми заболеваниями, что при современном развитии паллиативной медицины должно стать важным направлением паллиативного ухода за больными детского возраста.

Психолого-педагогическая реабилитация является важнейшим компонентом комплексной реабилитации детей с различными формами онкологических заболеваний. Значительный фактический научно-практический материал по реабилитации в онкопедиатрии представлен в исследованиях НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН (Цейтлин Г.Я., Кожарская Г.В., Смирнова Ж.В., Колмановская Н.Е., Бялик М.А., Греф А.Э., Чекулаева Ю.В., Колмановский А.Э., 2001): «Психологический статус детей хорошо изучен и характеризуется многочисленными страхами, высоким уровнем тревожности, чувством вины, нередко повышенной агрессией и аутоагрессией, элементами посттравматического синдрома. Кроме того, у них нарушены коммуникативные функции в связи с дефицитом общения со здоровыми сверстниками, имеет место определенная педагогическая запущенность, девиантность поведения. У 10% детей школьный возраст отстает от паспортного, но и у тех, кто формально не отстал от своих сверстников в учебе, обнаруживается дефицит знаний, умений, навыков. Семьи с детьми-инвалидами обладают целым рядом психологических особенностей, негативно влияющих на психологический статус больного ребенка и его здоровых братьев и сестер. Большинству родителей свойственно специфическое отношение к ребенку, опирающееся на опасения за его здоровье, и обусловленная этим заниженная оценка его возможностей, шадящие, а в действительности инфантилизирующие, требования к ребенку. При этом все усилия родителей сосредоточиваются на сохранении здоровья ребенка в ущерб развитию личности.

Краниальное облучение в дошкольном и раннем школьном возрасте является причиной недоразвития или отставания в разви-

тии, или искаженного развития тех или иных высших психических функций (произвольное внимание, память, речевая и связанные с ней функции, координация движений и мелкая моторика) и негативно влияет на формирование произвольного поведения в целом и как следствие личности ребенка. Все перечисленные проблемы учитываются при формировании программы психолого-педагогической реабилитации, т.е. системы диагностических, коррекционных и профилактических мероприятий, направленных на решение личностных, эмоциональных, семейных и других психологических проблем, улучшение интеллектуальных способностей, устранение устойчивых вредных привычек и девиаций поведения. Основные направления работы психологов:

1. Работа с детьми (наблюдение, тестирование, развивающие и коррекционные занятия).
2. Работа с педагогами и воспитателями (консультирование по проблемам межличностных отношений детей и взрослых, по вопросам формирования детского коллектива, детско-взрослой общности).
3. Работа с родителями (беседы о личностных особенностях детей, консультирование по семейным проблемам, коррекция детско-родительских отношений).

Основу программы психолого-педагогической реабилитации составляет работа детей с природными материалами в мастерских керамики, ткачества, обработки дерева, а также в театральной, художественной, музыкальной, экологической мастерских. Здесь решается комплекс задач: психологическая коррекция и психотерапия, эстетическое воспитание, первичная профессионализация. У детей с постлучевой энцефалопатией занятия в мастерских тренируют способность к концентрации внимания, усидчивость, улучшают координацию движений и мелкую моторику.

Занятия в керамической мастерской знакомят детей с различными традиционными способами обработки глины и изготовления различных по сложности изделий: игрушек, предметов домашнего обихода и пр. В процессе работы в мастерской дети узнают много нового, т.е. стимулируется их познавательная активность, вырабатывается положительная мотивация к трудовой деятельности. Работа с глиной требует усидчивости, концентрации внимания, тренирует координацию движений, улучшает мелкую моторику, т.е. по системе обратной связи оказывает положительное влияние на состояние коры головного мозга и подкорковых структур, поврежденных при облучении черепа. Таким образом, мастерская керамики является арттерапевтической мастерской. Все сказанное о керамической мастерской относится и к занятиям

в мастерской ткачества, в которой воспроизводится старинная технология изготовления тканых поясов. Ткачество также является психотерапевтическим занятием, развивает мелкую моторику и координацию движений, усиливает способность сосредотачивать внимание.

Также проводятся арттерапевтические музыкальные занятия — музыкотерапия. Прослушивание определенных музыкальных произведений, движения под музыку оказывают психотерапевтическое действие, снижают уровень тревожности, улучшают функциональное состояние головного мозга.

Очень интересная методика музыкотерапии — рисование под музыку. Детям дают задание нарисовать такую картину, какую им хочется, и при этом воспроизводят спокойную светлую мелодию. Интересно, что многие дети рисуют монохромные, мрачного колорита рисунки, контрастирующие с характером музыки. Это свидетельствует о доминировании тревожности в эмоциональном состоянии этих детей, хотя внешне их поведение не дает повода так думать. Таким образом, эта методика позволяет исследовать подсознательные, глубинные процессы и в то же время оказывает психотерапевтическое влияние на эмоциональное состояние, так как, изображая мрачные картины, дети «выводят» свои страхи из подсознания и как бы изживают их.

Очень большое значение для психологической коррекции мы придаем подготовке и проведению театральных спектаклей. Подбор пьесы и выбор персонажей осуществляют с тем расчетом, чтобы дети, проживая жизнь героя пьесы, могли бы избавиться от страхов, повысить свой личностный уровень.

Как указывалось, наши психологи работают также с родителями, стараясь исправить позицию родителей по отношению к детям. Коррекция детско-родительских отношений является очень эффективным механизмом психологической помощи детям.

В отделении дети приобретают опыт жизни в большом разновозрастном коллективе в условиях единой детско-взрослой общности, что способствует восстановлению коммуникативных навыков, необходимых для социальной реабилитации.

Важнейшим фактором социальной реабилитации является образовательная программа, направленная на приобретение знаний, стимулирование познавательной активности, читательского интереса. В отделении работает общеобразовательная школа, создан компьютерный класс, в котором дети приобретают навыки работы с персональными компьютерами. Компьютерный класс позволяет использовать обучающие программы по различным школьным дисциплинам. Кроме того, компьютерный класс позволяет

решить 4 очень важные задачи: применить современные компьютерные образовательные технологии для повышения качества обучения; использовать дистанционное обучение; наладить издательскую деятельность: выпуск стенной печати, грамот и др.; расширить возможность общения детей-инвалидов, используя Интернет.

Образовательная программа дополняется занятиями по экологии, истории культуры, занятиями в музыкальной, театральной, художественной мастерских, посещениями выставок, театральных спектаклей, экскурсиями по городу. Образовательные методы — это основа реабилитации детей с нарушенной способностью к обучению и синдромом гиперактивности, развивающимися в ряде случаев после краниального обучения, что требует специальной организации (учеба в малых группах или индивидуально, психокоррекционные группы и т.д.).

Принципиальным подходом в психолого-педагогической и социальной реабилитации является работа с сибсами — «здоровые» дети не меньше, если не больше, чем их больные братья и сестры, нуждаются в комплексной реабилитации.

Братья и сестры больных детей, составляющие так называемую группу риска, госпитализируются вместе с болевшими детьми, что положительно влияет на восстановление нормальных внутрисемейных отношений.

С родителями проводят беседы психологи и воспитатели, объясняя особенности поведения ребенка, тактику и стратегию детско-родительских отношений.

При желании родители могут посещать занятия в психотерапевтических группах.

Анализ малочисленной, в основном зарубежной литературы, посвященной медико-психологическим аспектам онкологии, позволяет выделить три основных направления, в которых ведутся исследования этой проблемы:

- роль психосоциальных факторов в возникновении и манифестации онкологических заболеваний;
- влияние психических и социальных факторов на течение рака;
- психосоматические связи между психосоциальными факторами, личностью больного и злокачественными новообразованиями (Дунаевский В.В., 1995).

Наш опыт деятельности (1991-2002 гг.) в системе медико-психологического и социокультурного обеспечения онкологической клиники, хосписов и паллиативной медицины обобщен в многочисленных публикациях в отечественной и зарубежной

печати, коллективной монографии «Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине» (Биктимиров Т.З., Модников О.П., 1998) и Антологии научных публикаций «Проблемы паллиативной помощи в онкологии» (под редакцией профессора Г.А. Новикова, академика РАМН В.И. Чиссова, профессора Н.А. Осиповой — Москва. — 2002. — том I-II).

Некоторые общие вопросы психологического изучения онкологических больных в связи с задачами паллиативной медицины и хосписа

Изучение человека, больного раком, проводится в рамках системного подхода, целью которого является сопоставление роли типичных проблем личности, способов их разрешения с клиническими стадиями болезни, успешностью их лечения. Предлагая системный подход, исследователи исходят из кризисной природы онкологических заболеваний, приводящих к тому, что больной, его семья и медицинский персонал включаются в сложную взаимосистему, психологическая оценка которой должна учитывать ее интерактивную природу.

Рак, являясь длительным заболеванием, предполагает значительное количество средств и стратегий адаптации к болезни, ее психологического преодоления. При анализе способов совладания (coping) больного со злокачественной опухолью выделяются следующие последовательности смены фаз. В начале возникает некий оптимум, неадекватная «гипомания», развивающаяся как адаптивная реакция личности, связанная с болезненным обследованием и другими факторами. При этом возникает вера в могущество врача, сочетающаяся с непризнанием, отрицанием тяжести болезни. Прогрессирование заболевания или возникновение рецидива значительно меняет картину и возникает разочарование в возможностях лечения. С улучшением результатов лечения и увеличением такого показателя, как выживаемость онкологических больных, только рецидив воспринимается как подтверждение тяжести состояния больного и угроза смерти. Это приводит к крушению иллюзий; больной становится раздражительным в отношениях с медицинским персоналом и родственниками, часто направляет свой гнев против себя самого, развивается депрессия и анорексия.

Для того, чтобы иметь возможность обеспечить благоприятное течение процесса адаптации к болезни, необходимо выяснить, какие факторы являются наиболее травмирующими для больного в условиях онкологического заболевания. Они могут иметь разли-

чную природу. С одной стороны, это факторы непосредственно связанные с болезнью и тяжелым течением ее.

К ним относятся болевой синдром и побочные эффекты специфического противоопухолевого лечения. Боль является частым спутником злокачественной опухоли, она может быть вызвана как самим патологическим процессом, так и применяемыми методами лечения. Болевой синдром тяжело переживается всеми больными, и это положение относится и к побочным эффектам противоопухолевого лечения, в частности, лекарственного лечения рака, сегодня являющегося одним из основных методов. Так, современная химиотерапия может быть применена как самостоятельный метод, а может носить адъювантный или неoadъювантный характер. Отличительной чертой этого метода является его длительное применение, как правило, изнуряющее больного и снижающее его адаптивные возможности. Но сегодня говорить об эффективном лечении рака без использования химиотерапии просто невозможно, и поэтому необходимо сосредоточиться на устранении негативных последствий этого метода.

Личность, как система отношений субъекта к миру и самому себе — это целостная иерархия значимых для него психологических установок, которые определяют своеобразие внутреннего мира и поведения. Отсюда отношение к заболеванию формируется не только непосредственно под влиянием болезни, но и при помощи восприятия через присущую данному больному иерархию значимого (симптомы болезни, ее последствия, ситуационные моменты).

В структуре реакции на болезнь одним из наиболее важных компонентов является психологическая защита. Это механизм приспособления, он запускается сознанием при столкновении с патологической ситуацией. Психологическая защита может быть столь же полезной (противостояние болезни), сколь и вредной (попустительство болезни). Она заключается в перестройке как осознаваемых, так и неосознаваемых психологических установок личности, в изменении субъективной иерархии ценностей, то есть сдвигах, которые лишают значимости и, тем самым, обезвреживают то, что стало психологически травмирующим.

Способность к защитной психологической деятельности выражена у разных людей в различной степени. При хорошей «психологической защите» быстро возникают новые установки при встрече с «препятствием» в своей жизнедеятельности. При плохой «психологической защите» больные оказываются неспособными развивать эту защитную активность даже в более серьезных случаях.

При психологической оценке жалоб следует учитывать последовательность их изложения. Важно, как больной их интерпретирует, на чем больше акцентирует свое внимание. Имеет значение то, как предъявляются жалобы. Робость, неловкость, застенчивость, тревожность, напряженность или, наоборот, спокойствие, открытость. Исходя из этого, можно составить представление о том, как больной понимает свою болезнь, — адекватное восприятие, недооценка серьезности положения, преувеличение опасности и риска для жизни, витальная угроза и т.д. При определении психологических особенностей больного, в первую очередь, необходимо оценить его интеллект, эмоционально-волевую сферу и поведенческие реакции, обратить внимание на его манеру поведения.

Отношение больного к обследованию и лечению должно рассматриваться применительно к распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания), методу лечения. В этом плане отношение больного может быть положительным, безразличным, отрицательным.

Залогом успешной оценки психологических особенностей больного могут быть следующие положения:

- определение значимости для личности больного как отдельного симптома, так и заболевания в целом;
- установление глубины и интенсивности переживаний, связанных с болезнью;
- выяснение отношения больного к болезни и ее лечению;
- установление типа личностной реакции на заболевание (адекватное или психопатологическое).

У многих больных возникает снижение настроения с оттенком злобной раздражительности, фиксацией внимания на соматических ощущениях. Происходит их соответствующая интерпретация, появляются мысли о неизлечимости и, следовательно, обреченности. Такое состояние может быть и при некоторых неонкологических заболеваниях, которые относят к разряду «предопухолевых».

Знание психологии больного, его личностных особенностей и возможностей его понимания и отношения к болезни, безусловно, может и должно повысить эффективность медицинской помощи. Мудров М.Я. писал: «Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они исчерпываются из науки мудрости, чаще из психологии, своим искусством печального утешить, сердитого умягчить, нетерпеливого успокоить, резкого испугать, робкого сделать смелым. Сим искусством сообщается та

твердость духа, которая побеждает телесные боли, точку метания».

Не каждому больному необходимо объяснять характер болезни, обследования, лечения и прогноз, а только тем, кто в этом нуждается для пользы лечения. Информация не должна быть противоречивой и неопределенной. Необходимо исключить возможность двусмысленного толкования, в противном случае создается впечатление о неопределенности, что является травмирующим фактором. Следует также добиваться преодоления неправильных установок в отношении последствий болезни.

Важной задачей является снятие остроты психической реакции на болезнь. Осуществляться она должна с первой встречи с больным. Для него каждая встреча с врачом есть психотерапевтическое воздействие, оно должно освобождать от переживаний, а не быть патогенным и не оставаться нейтральным. От первого контакта зависит — исчезнут или появятся у больного недоверие и страх, поднимутся или снизятся надежды на благополучный исход заболевания. В этом отношении наиболее сложен диагностический период. Случайно или неслучайно услышанные слова «рак», «инкурабельный», «неоперабельный» и другие из арсенала общения медицинского персонала могут послужить пусковым моментом в развитии механизма обострения имеющегося заболевания и служить источником выражения психических срывов и психопатологических реакций. Сообщение больному диагноза злокачественного новообразования — чаще всего задача очень сложная и требует от врача большого такта и умения разобратся в личности больного, его психологическом статусе. При наличии сомнений они не должны быть известны больному, а отсрочку с постановкой диагноза необходимо солидно обосновывать. Свое истинное положение больной должен узнавать постепенно, «правда должна дозироваться малыми порциями». Имеет значение и возраст больного. Так, молодые люди ждут ответа скорого и быстрой оценки своего состояния, тогда как люди зрелого и пожилого возраста считают подобную ситуацию поспешной, а действия врача поверхностными.

Психологические реакции в разных фазах заболевания

На формирование соматозогнозий у онкологических больных оказывают влияние, в первую очередь, характер поражения, локализация опухоли и возможные последствия операции или других методов лечения. При изучении структуры психологических сдвигов в диагностическом периоде следует учитывать затруд-

ненность выявления таких больных. С одной стороны, это объясняется достаточно длительным бессимптомным течением опухолевого процесса, невыраженным проявлением признаков дискомфорта. С другой стороны, причина позднего обращения — страх перед возможным диагнозом тяжелого заболевания и неоправданно оптимистичным отношением к возможным последствиям заболевания. В разные периоды контактов с онкологом у больных можно выделить неодинаковость психического состояния. Выделяют четыре таких периода: предмедицинский, амбулаторный, стационарный и период диспансерного наблюдения. В предмедицинском периоде при появлении первых признаков нездоровья, пациенты не обращаются еще к врачу, а симптомы заболевания чаще относят к случайным явлениям. Такое состояние продолжается чаще всего в течение нескольких месяцев и обращение к врачу следует после появления какого-то нового, пугающего симптома, например, кровотечения. В этот период отмечаются склонность к самоанализу, скрытность больных, поиск объяснения новым ощущениям.

В амбулаторный период — в одних случаях больные нерегулярно и неохотно посещают поликлинику, часто не заканчивают первое обследование. И, если симптоматика незначительна, к обследованию и лечению в стационарных условиях относятся отрицательно. У других больных отчетливо выступает реакция испуга, паники, и в ответ на предложение госпитализации они впадают в состояние тревоги, сниженного настроения.

В диагностической фазе привлекается внимание больного к собственному телу, его функциям, но отсутствует понимание грозного значения начавшихся изменений. Нарушения в сфере телесных ощущений, эмоциональной сфере, мышлении придают аутистическую направленность, погруженность больных во внутренний мир переживаний, связанных с состоянием соматического нездоровья. В этот период отмечается заострение личностных особенностей больного.

Особую значимость в формировании соматонозогнозий приобретает степень осведомленности больных о наличии онкологического заболевания. Такой диагноз как «рак» следует сообщать не в виде достоверного, а только серьезного предположения, при этом следует пользоваться терминами «опухоль», «новообразование», «возможность озлокачествления». При отказе больного от радикального лечения ему следует указать на пагубные последствия такого решения. В отечественной литературе долгое время царила доктрина о «щадающей» лжи. На Западе давно отошли от таких установок. И это стало возможным благода-

ря активному участию психолога в процессе обследования и лечения больного. Если серьезно разобраться, то подавляющее большинство больных, госпитализированных в онкологические учреждения, хорошо осведомлены о своем диагнозе, и «щадающая» ложь вызывает у них чувство одиночества и создает разрыв между врачом и больным. Поэтому более щадящей оказывается прямая информация от врача, который перед этим должен тщательно изучить личностные особенности пациента. При этом необходимо учитывать и такой фактор, насколько больной действительно хочет знать истинное свое состояние, чтобы не нарушать и механизмы «психологической защиты». Больному желательно сказать правду настолько, насколько она окажется способной мобилизовать защитные механизмы его психики в борьбе с заболеванием.

Таким образом, степень осведомленности больного о диагнозе злокачественного новообразования, его распространенности и локализации, оказывают существенное влияние на формирование соматонозогнозий, их структуру и динамику. Этим самым мобилизуются механизмы психологической защиты, психологической устойчивости в отношении онкологического заболевания, что в известной мере может оказать влияние на эффективность лечения и реабилитации.

У большинства больных, узнавших о наличии опухоли, вначале возникает психологическая реакция в виде стресса, характеризующаяся паническим настроением, негодованием, страхом, гневом, взрывоподобной канцерофобией, нарастанием тревоги из-за ожидания ухудшения здоровья. Это состояние сменяется негативным поведением в отношении болезни. Больной стремится отбросить мысль о наличии у него онкологического заболевания, это вызывает психологическое напряжение. Такой самообман, негативизм относительно типичен для лиц, склонных к ипохондрическим и депрессивным типам реакции.

При анализе отношения онкологических больных к своему заболеванию можно различить несколько фаз: шок от сознания неизбежности смерти, отречение, депрессия, раздражительность, примирение. Главными источниками психологического стресса являются: осознание больным своего заболевания, создающего серьезную угрозу для жизни; потеря органов, инвалидизация; ухудшение отношений с родственниками и окружающими. Осложняющим обстоятельством являются знания больных о длительности заболевания с нарастанием тяжелых симптомов. Однако, осознание тяжелого страдания не исключает игнорирования заболевания.

Таким образом, для диагностического периода в течение онкологического заболевания типичным является наличие психологически стрессовой ситуации. Причем определяющим фактором в формировании соматонозогнозии становятся не сами болезненные проявления, которые нередко выражены достаточно слабо, а представления больных о характере последствий заболевания, которые угрожают не только здоровью, но и жизни. Поэтому интенсивность соматонозогностических проявлений находится в зависимости от личностных особенностей, степени информированности о признаках, последствиях, эффективности лечения тех или иных форм онкологических заболеваний. Психологические сдвиги в диагностической фазе болезни, отражая личностную концепцию больного о ней, отличаются отчетливой заостренностью некоторых типов соматонозогнозий. В начале болезни возможны также и нозогнозии (вытеснение болезни). В дальнейшем могут появиться гиперсоматонозогнозии или преобладать ги-посоматонозогностический тип. Последнее обстоятельство свидетельствует о появившейся тенденции перехода ко второй стадии развернутого заболевания (психологической адаптации к болезни). При наличии определенных личностных особенностей в преморбиде (впечатлительность, ранимость, сенситивность, торпидность, импульсивность и другие) адекватный тип соматонозогнозий может перерастать в патологические формы (преимущественно депрессивные, реже ипохондрические или фобические).

В период активного лечения больные подвергаются хирургическим вмешательствам (как правило, носящим обширный характер), лучевой и лекарственной терапии (химиотерапии), комбинированным и комплексным методам лечения, что и определяет содержание психологических сдвигов. Больные уже располагают достаточными сведениями о сущности своего заболевания, и стрессовая ситуация, свойственная диагностическому периоду, сменяется адаптацией к болезни, приспособлением к новым условиям жизни. Поведение больных отмечается снижением активности, инициативы, вялостью, монотонностью, однообразием, иногда тоскливым фоном настроения, отсутствием четких представлений об исходе болезни. В период болезни часты нормосоматонозогнозии с заострением их проявлений как в сторону недооценки, так и переоценки тяжести болезни, формирование адаптационных механизмов способствует приспособлению к лечению (в том числе хирургическими методами), причем здесь начинает влиять и локальный характер онкологического заболевания.

Психологические сдвиги у больных, которые в ближайшее время могут вернуться к привычному образу жизни, обусловлены

прежде всего благоприятным исходом лечения и перспективным прогнозом на будущее. О заболевании напоминают лишь регулярные визиты к врачу в онкологическое учреждение. В этом случае часто, наряду с нормосоматозогнозиями, наблюдаются патологические формы реагирования с преобладанием ипохондрических и фобических вариантов.

У инкурабельных больных в исходной стадии отмечается нарастание самоизоляции, пассивности. В большинстве случаев предсмертный период при длительном течении заболевания не сопровождается переживаниями страха смерти. Представления о неотвратимо надвигающейся смерти подвергаются вытеснению, причем «вытеснение болезни» может перерасти в благополучный фон настроения. У больных, умирающих от злокачественной опухоли, могут наблюдаться различные варианты отношения к надвигающейся неизбежной развязке:

- адаптивный, с приспособлением к болезни, надеждой на выздоровление;
- апатичный, с безнадежностью, безразличием к исходу;
- зависимый, с требовательностью к окружающим;
- «неприятие болезни», со сварливостью, страхами, ссорами.

Защитное поведение человека обычно заключается в когнитивных и перцептивных стратегиях, несвязанных напрямую с агрессией. В то же время защитное поведение может иметь целью подавление агрессии, а также может увеличивать агрессию и способность к жестокости.

Выделены два основных фактора совладания (coping — механизмы) поведением: инструментальное овладение ситуацией и эмоционально ориентированные стратегии. Факторы защищаемого поведения: когнитивная защита и защитная жестокость.

Фактор защитной жестокости включает гнев, насилие, а также такие психологические механизмы, как проекция.

Этот фактор тесно связан с агрессивным поведением и с возникновением жестокости как основного радикала межличностных отношений. Корреляция этого фактора с широко применяемыми шкалами агрессивного поведения не обнаружена.

При наличии некоторых асоциальных тенденций со склонностью к импульсивным необдуманным поступкам, застойностью и ригидностью аффекта, повышенной обидчивостью агрессивное поведение носит деструктивный характер. В случае, если имеется определенный дефицит поведенческих навыков реализации агрессии, личность характеризуется недостаточным интересом к межличностному общению, сниженной способностью устанавливать и развивать взаимоотношения с окружающими людьми, нев-

ротическими чертами в структуре психического состояния (Соловьева С.Л., Незнанов Н.Г., 1993).

Таким образом, в терминальной стадии у онкологических больных довольно часто встречаются диссоматонозогнозии (вытеснение болезни).

При генерализации опухолевого процесса онкологические больные испытывают тяжелейшие физические и моральные страдания, приводящие больных в отчаяние. Основной причиной отрицательно окрашенных переживаний являются постоянные и интенсивные боли, и поэтому болевой синдром играет определяющую роль в формировании психологических сдвигов, именно он проецируется на биологический уровень отношений «больной-болезнь». Создается впечатление непосредственного реагирования на болезненные отношения без активного участия оценочного этапа соматонозогнозии.

Существенной проблемой онкологических больных в практике паллиативного ухода является их суицид. Самоубийство — это «забытая проблема», как она была охарактеризована ВОЗ, напомнила о себе в 50-х годах бурным ростом суицида. Любая программа социального предупреждения может считаться достаточно полной и рационально обоснованной лишь в том случае, если ей предшествуют соответствующие научные исследования и практические разработки. Более распространенными мотивами самоубийства являются неизлечимые болезни, смерть близких. Социальные факторы носят, как правило, косвенный характер.

Психологическое состояние, в котором принимается суицидальное решение, характеризуется как кризисное, человек испытывает целую гамму негативно окрашенных эмоций: чувства беспомощности, ущербности, отчаяния, непереносимой тоски, личной катастрофы.

Другой (полярной) формой протекания кризиса является безразличие к жизни, утрата интереса к жизни и желание из нее уйти.

Предлагается двухплановая задача профилактики самоубийств:

- проблема выявления и изучения стрессогенных факторов, действующих на человека и разработка мер предотвращения или нейтрализации этих факторов — задача, которая должна решаться прежде всего врачами и психологами;
- своевременное купирование психологического кризиса.

Серьезным социальным показателем в работе хосписов и учреждений паллиативной медицины и ухода является летальность

больных в круглосуточном стационаре. В Ульяновском областном хосписе она составила: в 1996 году — 57,98%, в 1997 году — 60,1%, при средней продолжительности койко-дня в 1996 — 25,4 дня, в 1997 — 45 дней, что выше, чем в подобных учреждениях в других городах России.

Заслуживает внимания зарубежный опыт работы с родственниками, их социально-психологическая реабилитация после смерти больного. Неотъемлемой частью паллиативного ухода, его философии и принципов является работа с родственниками больного. Сотрудничество близких, друзей с персоналом хосписа, принятие совместных решений, значительно облегчает уход за больным. Правильно выбранная тактика поведения родственников по отношению к обреченному помогает ему спокойно уйти из жизни, принять смерть как естественный процесс. В первые год-два после потери близких заболеваемость и смертность их родственников возрастает; по одним источникам — на 40%, по другим — в 2-3 раза.

Специалисты Хосписа Св. Христофора (Англия) предлагают следующие психологические стадии осознания проблемы потери близкого человека. Скорбь — адаптирующее, необходимое и важное для здоровья состояние, которое включает в себя:

- шок (неверие в смерть) — ранняя реакция, сильная сначала и утихающая с течением времени. Выражается в ослаблении памяти и ее неспособности функционировать нормально, в отвлекаемости (рассеянности внимания), потере аппетита, бессоннице;
- отрицание смерти — или отказ верить. Это состояние может вызывать большие затруднения, т.к. требует определенного поведения. Некоторые пациенты пребывают в неверии до смерти (и это их вариант справиться с ситуацией). Иногда неверие является попыткой защитить любимых людей от боли;
- нежелание вспоминать, волнение и гнев — злость — нормальная реакция на потерю контроля. Для злости должна быть мишень, и часто ею становится совершенно неподходящий человек;
- страх и тревога — комплексная реакция, проявляющаяся во многих вариантах, включая слезы, социальное отстранение, нервозность, бессонницу, плохой аппетит;
- надежда и отчаяние — депрессия — проявляются обычно циклично. Состояние пациента колеблется от одного к другому, депрессия может последовать за отчаянием;
- осознание смерти.

Работа с родственниками в рамках паллиативного, хосписного ухода может разделяться на несколько этапов:

- встречи персонала с окружением больного на дому;
- телефонные консультации;
- встречи и работа с персоналом в стационаре (дневном центре);
- поддержка родственников после утраты близкого.

Несомненно, что для такого объема работы необходимо наличие достаточного количества обученного персонала в лице психологов, психотерапевтов, социальных работников, медицинского персонала.

Сегодня в России очень трудно оказать в полной мере психотерапевтическую поддержку родственникам больных, так как проблемы самих обреченных решаются с огромным трудом. Но практика зарубежных хосписов показывает, что умелая работа с близкими больных позволяет в дальнейшем привлекать их, как волонтеров, для оказания помощи хосписам в дальнейшем.

Этические и культурные аспекты психологической и медико-социальной деятельности в системе хосписов и онкологических учреждений

В современных условиях России развитие психологической, медицинской и социальной помощи населению рассматривается как одна из приоритетных составляющих паллиативной помощи в системе паллиативной медицины. В последние годы стало уделяться больше внимания созданию оптимальных условий, обеспечивающих лучшее качество жизни «обреченных» больных с онкологическими, хроническими соматическими заболеваниями и СПИДом.

Важным, если не главным, в организации помощи вышеуказанному контингенту страждущих в системе паллиативного (облегчающего, но нерадикального) лечения является своевременная психологическая поддержка и медикосоциальная забота, т.к. появляется целый ряд проблем психологического характера: проблема суицида среди онкологических больных (Гнездилов А.В., 1995; Зотов П.Б., Новиков Г.А., 1997) как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта (Амбрумова А.Г., 1991); совладание (копинг-поведение) с болью и психологическая помощь при ней; психологические и этические аспекты эвтаназии (Ратнер Г.Л., 1997) и многие другие проблемы.

Среди многих прикладных значений психологии, в которых ее признание совершенно не подлежит сомнению, в меньшей сте-

пени представлены научные разработки, касающиеся актуальнейших проблем развития системы и моделей паллиативной медицины (хосписов, стационаров облегчающего ухода и пр.) и возрастающей роли и значения психологии, клинической психологии и психотерапии в комплексном решении жизненных проблем умирающих больных, их родственников и близких.

Паллиативный подход (франц. palliatif, от лат. pallio — прикрывать, сглаживать) — ослабляющий, облегчающий проявление болезни (и не только болезни). Это — интегративная междисциплинарная биопсихосоциальная система, обеспечивающая решение психологических, физических, социальных, юридических, деонтологических, духовных, транскультурных, теологических проблем онкологических и неизлечимых больных с хроническими заболеваниями, их близких и родственников в целях всемерного обеспечения лучшего качества жизни личности в обществе (Биктимиров Т.З., Модников О.П., 1998).

Философия паллиативного подхода, реализуемая с позиции «объектный мир человека и его здоровье» и направленная на достижение лучшего качества жизни онкологических и умирающих больных, органично вплетается в канву развития клинической, психологической и социальной антропологии (Биктимиров Т.З., Наумова О.Д., 1994; Никитюк Б.А., Корнетов Н.А., 1998; Якимова Н.Н., Биктимиров Т.З., Шмелева Н.Б., Модников О.П., 1998).

Динамическая система реабилитации больных распространенными формами онкологических и хронических неизлечимых заболеваний придает большое значение этическим проблемам онкологии и паллиативной медицины (ятрогении, эгротогении, сорогении, суициду, эвтаназии и др.), а также «эмпатийному потенциалу» врача, психолога, социального работника в диаде «врач-больной», триаде «врач-сестра-больной».

Культурнообусловленной относительностью характеризуются многие психосоциальные нормы, симптомы, заболевания и кончина человека. Транскультурный подход имеет важное социальное значение: межнациональные браки; предрассудки и их преодоление; различные образы мышления, морали и религии (Peseschkian N., 1983; Breibart W., Holland J.C., 1988; Francs A., 1997; Hanson R., 1999; Oliviere D., 1999).

Выше обозначенные нами проблемы находятся в центре наших научных интересов (1991-2001 гг.) и имеют большое практическое внедрение (1993-2002 гг.). Нами разработана стройная система оказания комплексной психо-социальной и медико-социальной помощи, реализуемая и развиваемая с учетом

этических, культуральных, пассионарных компонентов психологической помощи и психотерапии в триаде «клинический психолог-больной-врач». Впервые создана комплексная система медико-психологической, психосоциальной и социокультурной адаптации и реабилитации неизлечимых онкологических больных и их родственников, и введено в паллиативную медицину понятие паллиативного подхода как интегративной междисциплинарной биопсихосоциальной системы, обеспечивающей решение психологических, физических, социальных, деонтологических, духовных проблем онкологических больных и их родственников. Впервые разработано медико-психологическое, психосоциальное и социокультурное обеспечение различных моделей паллиативного лечения онкологических больных и определены основные направления их развития в условиях России.

Решение психологических, физических, социальных, духовных проблем личности неизлечимых онкологических больных, их родственников и всемерное обеспечение лучшего качества жизни составляют основу паллиативного подхода и являются новым направлением отечественного здравоохранения — паллиативной медицины, развивающейся в рамках биопсихосоциальной модели медицины.

Медико-психологические, психосоциальные и социокультурные направления научных исследований в онкологии и паллиативной медицине обеспечивают организационно-методические основы развития практической деятельности различных моделей паллиативной медицины. Оптимальные условия для реализации изложенных положений существуют в таких моделях паллиативной медицины, как хоспис или отделение паллиативного лечения на базе онкологического учреждения, отделение паллиативной медицины в составе гериатрического госпиталя или центра.

Системный подход к оценке нарушений психической адаптации личности неизлечимых онкологических больных и социальной дезадаптации родственников должен проводиться с учетом влияния психосоциальных стрессовых факторов и их взаимосвязи с ментальными условиями российских регионов.

Медико-психологический статус и формирование типа личности онкологического больного находятся в зависимости от локализации и распространенности злокачественного новообразования и вызывают определенную последовательность проявления психических реакций по мере прогрессирования онкологического заболевания.

Неотъемлемой составляющей системы паллиативного ухода и структуры моделей паллиативной медицины является служба социальной работы как новый вид профессиональной деятельности в России. Особыми условиями формирования социоантропологического подхода в системе паллиативного ухода и паллиативной медицины являются квалифицированная адресная социальная помощь и поддержка онкологических больных с позиций социоэкологии личности (решение вопросов социальной адаптации, реабилитации больных и их ближайшего окружения; разработка системы социальной помощи на дому, включая привлечение волонтеров, их обучение и подбор; развитие маркетинга и биосоциального менеджмента в паллиативной медицине; работа с религиозными конфессиями).

Созданная система социальной помощи значительно облегчает паллиативный уход, оптимизирует паллиативную помощь, социально-психологическую реабилитацию онкологических больных, их ближайших родственников и повышает уровень, индивидуальную адресность социальной коррекции.

Особенности профессиональной деятельности персонала онкологических учреждений и хосписов в сочетании с воздействиями социально-стрессовых факторов обуславливают неблагоприятные социально-психологические условия жизни и деятельности, при которых формируется психосоциальная дезадаптация у врачей и среднего медицинского персонала. В зависимости от глубины и уровня хронического и острого стресса невротическая дезадаптация сопровождается изменениями личности и эмоциональной сферы врача и медицинской сестры. Внедрение психосоциальных программ профилактики профессиональной деформации и психосоциальной дезадаптации персонала способствует сохранению его здоровья.

Развитие медико-психологических и психосоциальных подходов в системе паллиативной медицины формируется в условиях конкретного этноса, особенностей национальных систем оздоровления и психотерапевтических программ поддержки и реабилитации обреченного онкологического больного, родственников и персонала, обеспечивающих его обслуживание.

III.2.2. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ПЕРСОНАЛА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ХОСПИСОВ

Одной из наиболее существенных проблем онкологии в настоящее время является организация труда и профилактика психологической дезадаптации и профессиональных деформаций у медицинских работников онкологических служб.

До недавнего времени основной акцент психологической работы онкологических учреждений и хосписов приходился на мероприятия, улучшающие качество жизни раковых больных (Брюзгин В.В., 1996; Великолуг А.Н., Овчарова Р.В., Дрегалю А.А., Золотков А.Г., Макарова Н.А., 1997; Великолуг А.Н., Дрегалю А.А., Великолуг Т.И., Каторин И.В., Золотков А.Г., 1998; Alexandre J.N., 1992; Cohen S.R., Mount B.M., 1992; Cella D.F., 1994). Этому вопросу было посвящено множество исследований, в процессе которых выявленные разнообразные психологические нарушения у болеющих раком стало возможным объединить в понятие «раковая личность». Разработаны комплексы мероприятий, проводимых онкологическими службами, направленные на работу с такими пациентами (Adams F.F., 1988; Alexandre J.N., 1992; Cunningham A.J., Edmonds C.V.I., 1996; Addington-Hall J.M., 1997).

Современный системный медико-психологический подход к разработке адекватной психодиагностики, психокоррекции и психотерапии поведенческих и эмоциональных реакций пациентов в онкологической клинике (Герасименко В.Н., 1974-1983; Кабанов М.М., 1978; Тхостов А.Ш., 1980-1991) предполагает изучение: особенностей личностного реагирования онкологических больных на болезнь; психологических компенсаторных и защитных механизмов; взаимовлияния микросоциальной среды, семьи и личности; психотерапии семьи; вопросов социальной и психологической реабилитации (Бажин Е.Ф., 1977-1987; Гнездилов А.В., 1976-1998; Асмолов А.Г., Марилова Т.Ю., 1985; Эйдемиллер Э.Г., 1996-1999; Twycross R.G., 1982-1997; Akaho R., Shinohara Y., Yoshino M. et al., 1997).

Психологические механизмы патологического развития личности в условиях тяжелого соматического заболевания в зависи-

мости от некоторых форм онкологических заболеваний могут быть раскрыты через психологический анализ изменений личности (Тхостов А.Ш., 1980).

Анализ изменений личности при хронических соматических заболеваниях и особенностей внутренней картины болезни должен рассматриваться с позиций культурно-исторической обусловленности развития психики по Л.С. Выготскому, которые обуславливают основные психологические феномены изменений личности при хронических соматических заболеваниях, их динамику и принципы психодиагностики, влияние хронической болезни на психику, механизмы психологического преодоления последствий болезни (Николаева В.В., 1987, 1993, 1995).

Дальнейшее развитие указанных фундаментальных положений могло приобрести еще большее прикладное значение в современных психологических исследованиях при условии их внедрения и широкого применения в практике онкологической клиники и системе комплексной медико-психологической, психосоциальной и духовно-религиозной помощи «обреченным» больным.

До настоящего времени в сферу социальной деятельности, социальной заботы не в полной мере включены онкологические больные, «онкологическая семья», в связи с чем требуется дальнейшее изучение социальных проблем онкологии, развитие системы и структуры медикопсихологической, социальной помощи указанному сложному контингенту больных.

Красной нитью, пронизывающей всю деятельность по оказанию помощи больным с неизлечимыми заболеваниями и не только онкологическими, является психологическая составляющая, которая может и должна обеспечивать комплексную раннюю психодиагностику онкологических заболеваний задолго до первых клинических проявлений соматического страдания, доскональное изучение особенностей личности типа «С» социабельного типа, присущего онкологическим больным; своевременную психопрофилактику и личностно ориентированные психотерапевтические реабилитационные программы.

При все возрастающем интересе научной и практической общественности и специалистов-психологов, врачей-интернистов и онкологов, социальных работников к проблемам онкологических больных с неизлечимыми формами заболеваний следует обращать особое внимание на следующие приоритетные направления научной и практической деятельности (Биктимиров Т.З., Модников О.П., 1998):

- формирование психодиагностических, психокоррекционных, психотерапевтических реабилитационных программ,

направленных на оптимизацию психодиагностики онкологических заболеваний и оказание комплексной паллиативной помощи и лечения неизлечимых онкологических больных;

- изучение психо-социальных, эмоционально-стрессовых и других факторов риска, обуславливающих реализацию различных «неоптимальных» психологических защит и психическую дезадаптацию;
- изучение влияния на внутреннюю картину болезни различных особенностей течения различных форм онкологических заболеваний и распространенности онкологического процесса, возраста, пола и социального статуса пациентов;
- выявление патопсихологических изменений при онкологических заболеваниях у лиц молодого возраста и проведение дифференциальной патопсихологической диагностики психосоматических расстройств и патопсихологических состояний у пожилых и лиц старческого возраста;
- нейропсихологическая диагностика нарушений высших психических функций (памяти, внимания, мышления, речи, эмоций) не только у нейроонкологических больных, но и при онкологических заболеваниях внутренних органов и систем, а также у социума, окружающего онкологических больных и персонала;
- изучение влияния онкологических заболеваний на эмоциональную сферу, формирование ларвированных и манифестационных форм депрессий, койнестопатий, диссоматозогнозий у детей и лиц молодого возраста.

Особая роль в жизнедеятельности систем оказания помощи обреченным больным, их родственникам и близким принадлежит медицинскому персоналу, медицинским (клиническим) психологам, социальным работникам и новой генерации специалистов, которых еще нужно воспитать и выпестовать — это будет сложный «mixt» — и врач-онколог, и клинический психолог, и социальный работник — специалист по паллиативной медицине. При этом основное внимание обращается и будет обращено на личность «паллиативиста» (врача, психолога, социального работника), его профессионально-этические качества.

Свойства личности медицинского работника особенно важны, поскольку контакт с больными и их родственниками часто затруднен тем стрессом, под воздействием которого находятся как сами пациенты, их родственники и близкие, так и сами профессионалы, оказывающие медицинскую, психологическую, социальную, юридическую, духовную и другие виды поддержки.

«Эмпатийный» подход (предполагающий не пассивное созерцание страданий, а активное сопереживание и действия, облегчающие состояние) к больному увеличивает прогноз успешности терапии, улучшает социально-психологическую обстановку вокруг пациента (Козина И.В., 1998; Waitzkin H., 1984; Jonson M., 1997; Moraes P., 1999; Oliviere D., 1999; Poulain P., 1999). Этот аспект учитывать необходимо, т.к. проблемы именно этого уровня часто ведут к отказу от лечения.

К медицинскому персоналу онкологических учреждений и хосписов предъявляются крайне высокие моральные требования: окружающие ждут от них таких качеств, как доброта, чуткость, тонкость эмоционального восприятия состояния, способность взять на себя ответственность за жизнь больного. Известно, что все физические, химические и биологические факторы, действуя на организм сверх-сильно, приобретают характер потенциальных стрессоров в трудовой деятельности, которые сочетаются с повышенной ответственностью и пониманием безысходности состояния своих пациентов.

Сибурина Т.А., Фурс В.А., Матков С.Н. (1994) замечают, что профессиональный стресс, формирующийся под воздействием неблагоприятных факторов, связанных с трудовой деятельностью, может возникнуть в результате неудовлетворенности работой, нереализации мотивационных стимулов и психоэмоциональной перегрузки, что часто и наблюдается в работе онколога. Таким образом, можно предположить наличие хронического профессионального стресса у работников онкологических учреждений, который со временем приводит к изменению личности и развитию невротических и психосоматических расстройств. В качестве преκληнических изменений в психологическом статусе на первое место выступают вегетососудистые нарушения, которые потом оформляются в невротические и неврозоподобные состояния с четкой синдромологической завершенностью (Менделеевич Д.М., Яхин К.К., 1985). Так, известно, что среди медицинских работников хирургических отделений распространены: повышенная утомляемость, раздражительность, головная боль, чуткий и беспокойный сон с частыми пробуждениями, бессонница, трудности при засыпании и ассоциативные сновидения (Ашбель С.И., 1984).

Персонал онкологических учреждений и хосписов, ежедневно встречаясь со стрессовыми ситуациями, проявляет склонность к таким психологическим реакциям, как уход в себя и сокрытие собственных проблем, что усиливает действие стресса. Среди онкологов часто встречается «синдром эмоционального сгорания», для которого характерна утрата интереса к делу, пассивная угнетенность, индифферентность по отношению к окружающим, ино-

гда неадекватное эмоциональное реагирование. Но, несмотря на все исследования и мероприятия, направленные на улучшение условий труда врачей, тяжесть их работы сравнима с ее уровнем у работников промышленности, имеющих неблагоприятные условия профессиональной деятельности (Рева В.Д., 1990). Именно по этой причине необходимы: пристальное внимание к проблемам психологической дезадаптации и профессиональной деформации у медицинских работников, профессионально связанных с лечением онкологических больных, а также:

- обеспечение своевременной ранней диагностики формирования профессиональных дизонтогенезов, дезадаптации и деформации личности у персонала «критических» специальностей, осуществляющих свою профессиональную деятельность в условиях воздействия эмоционально-стрессовых, социальных и профессионально обусловленных вредных факторов воздействия;
- разработка современных комплексных программ психотерапевтических мероприятий индивидуально-личностной направленности, имеющих целью максимальное полное оказание психологической, социальной, духовной и религиозной помощи членам семей, близким родственникам больных онкологическими заболеваниями.

Проблемы персонала паллиативной службы, связанные с профессиональной деятельностью в жестких условиях деятельности, требуют большего внимания.

Среди них можно выделить не только профессионально обусловленные медицинские, психологические, психосоматические аспекты здоровья персонала, но и культуральные, транскультуральные, экономические. Важное значение приобретает уровень профессионального образования и квалификации, которые обуславливают особые режимы профессиональной деятельности; как адекватные уровни психологического реагирования на стрессовую профессионально-личностную ориентацию, так и «компенсаторные» стили профессиональной деятельности, обуславливающие психосоматическое состояние представителей профессиональной элиты паллиативной медицины.

В результате наших многолетних исследований (Биктимиров Т.З., Модников О.П., Новиков Г.А., 1993-2002) нами выявлены как коррелирующие, так и некоррелирующие профессиональные особенности индивидуально-типических черт личности врачей-онкологов, типы реакций и эмоциональных проявлений у среднего медицинского персонала онкологических учреждений (хосписов) и терапевтических стационаров.

Практически все врачи и медицинские сестры осознают, что трудовая деятельность их протекает в условиях влияния профессиональной вредности. Следует уделять внимание ранжированию и определению восприятия и понимания профессиональных вредностей врачами-онкологами и персоналом онкологических лечебных учреждений. Наиболее часто среди профессиональных вредностей, рассматриваемых и врачами, и сестрами как профессионально-стрессовые факторы, отмечаются: коммуникативные сложности (29,4-30,4%), вживание в образ больного или идентификация с ним (7,9-10,8%), инкурабельность (33,8-39,1%). В меньшей степени акцентируется внимание на: восприятии стереотипов поведения больных; контакте с лекарственными (химиотерапевтическими и др.) препаратами; оценке ситуации больного как своей собственной и прочих.

Личное понимание профессиональной вредности зависит как от условий труда, так и от индивидуальных психологических характеристик восприятия, что и представлено ниже (табл. III.2.2.1).



Таблица III.2.2.1

**Понимание профессиональных вредностей
врачами-онкологами и медицинскими сестрами**

Показатель	Врачи-онкологи	Медицинские сестры	Достоверность различий по Стьюденту
Коммуникативные сложности (с больными)	30,4%	29,4%	НД
Вживание в образ больного или идентификация с ним	10,8%	7,9%	НД
Перенос профессиональных знаний на окружающих	6,5%	4,5%	НД

Среди осознаваемых проблем, формирующих у большинства врачей-онкологов и медицинских сестер состояние нервно-психического напряжения, называются: затруднение контакта с онкологическими больными, находящимися в состоянии фрустрации в связи с прямой и высоковероятной опасностью для жизни; невозможность оказать радикальную помощь данным больным (инкурабельность). Закономерно, что действие этих причин, особенно при влиянии других астенизирующих факторов (социальное, семейное неблагополучие) и контакта с высокоактивными лекарственными препаратами, оказывающими токсическое действие и т.д.), формирует состояние нервно-психического напряжения.

Жалобы, характеризующие нервно-психическое напряжение, выявлены у 54,3% врачей-онкологов и у 82,8% медицинских сестер онкологических учреждений.

Учитывая различный характер трудовой деятельности, а следовательно, и различное влияние профессиональной вредности у медицинских сестер и врачей в онкологии, нами проводилось сравнение соотношений невротических жалоб (табл. III.2.2.2).

Важное значение приобретает изучение личностных акцентуаций у медицинских сестер онкологического и неонкологического профилей. Практически по всем типам акцентуаций их показатели выше у медицинских сестер онкологического профиля, причем по части из них различия статистически достоверны.

Поскольку превалирующим фактором в формировании акцентуаций (по данным большинства исследователей) являются психогенные факторы, исходя из однотипности развития данных акцентуаций можно считать возможным влияние профессиональных психогенных вредностей в деятельности медицинского персонала (врачей и медицинских сестер) онкологических учреждений и хосписов (табл. III.2.2.3, стр. 371).

Разноплановость длительно действующих психогенных факторов формирует широкий диапазон акцентуаций, причем некоторые из них у онкологов не обнаружены или крайне редки. Профессиональное поведение сотрудников онкологических учреждений, связанное с необходимостью игнорировать реальное положение дел больного, зачастую вселяя ложный оптимизм, способствует формированию игровой формы поведения, переходящей в истерическую акцентуацию.

В процессе наблюдений за деятельностью врачей-онкологов могут быть выявлены определенные зависимости между возрастом врачей, стажем их трудовой деятельности и типом акцентуации личности (рис. III.2.2.1, стр. 371).

Таблица III.2.2.2

**Невротические проявления у врачей-онкологов и
медицинских сестер**

Жалобы	Врачи-онкологи	Медицинские сестры	Достоверность различий по Стьуденту
Повышенная раздражительность	8,6%	13,6%	$p < 0,05$
Эмоциональная напряженность	10,6%	23%	$p < 0,05$
Эмоциональная лабильность	17,3%	28%	$p < 0,05$
Нарушение сна	17,3%	21,5%	НД
Головная боль	23,3%	35,9%	$p < 0,05$
Повышенная утомляемость	21,7%	34,5%	$p < 0,05$
Повышенная тревожность	10,8%	10,7%	НД
Мнительность	4,3%	3,6%	НД
Вегетативные расстройства	4,3%	6,4%	НД
Прочие	12,9%	12,1%	НД

Так, для врачей-онкологов, только начинающих свой творческий путь в онкологии в возрасте от 24 до 30 лет, и имеющих стаж не более 2-4 лет, наиболее характерен депрессивный тип акцентуации личности. При параллельном увеличении возраста и стажа трудовой деятельности до 35 и 8-9 лет, соответственно, наиболее характерны психоастенические черты личности. Истерический тип личности преимущественно встречается у врачей-онкологов в возрасте 40 лет при стаже врачебной деятельности равном 10 годам. У сорокалетних врачей-онкологов, имеющих профессиональный стаж, приближающийся к 15 годам, могут проявляться чаще паранояльные черты личности. Чем больше возраст врача-

Таблица III.2.2.3

Распределение акцентуаций личности у медицинских сестер онкологического и терапевтического профилей

Типы акцентуаций	Онкологический профиль	Общетерапевтический профиль	Достоверность различий по Стьюденту
Истерический	54,7%	36,2%	$p < 0,05$
Психоастенический	15,6%	19,2%	НД
Паранойальный	10,9%	3,8%	$p < 0,05$
Депрессивный	10,9%	3,8%	$p < 0,05$
Шизоидный	15,0%	2,6%	$p < 0,05$
Гипоманиакальный	1,6%	0	НД
Психопатический	4,7%	3,8%	НД
Ипохондрический	17,8%	9,5%	$p < 0,05$

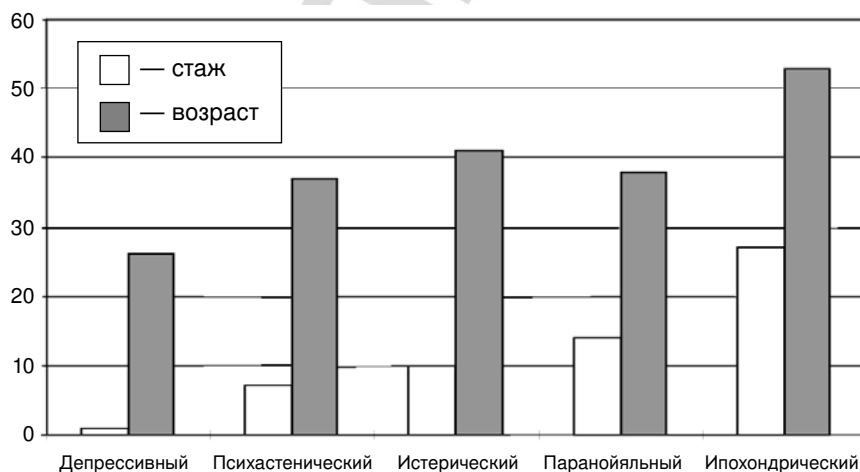


Рис. III.2.2.1. Зависимость типов акцентуации личности врачей-онкологов от возраста и стажа профессиональной деятельности.

онколога при стаже работы и возрасте, приближающихся к тридцати и пятидесяти годам, соответственно, все чаще могут наблюдаться ипохондрические черты личности.

Достоверных различий, касающихся личностных акцентуаций у врачей-онкологов и среднего медицинского персонала онкологических учреждений, практически не наблюдается, и истерические, психоастенические, паранояльные типы акцентуаций личности в равной мере могут наблюдаться как у врачей, так и у медицинских сестер онкологических стационаров.

Особо следует отметить встречаемость и частоту различных типов акцентуаций личности у среднего медицинского персонала онкологического и терапевтического профилей. Истерический тип акцентуации личности у сестер онкологических учреждений наблюдается чаще (в 54,7%), чем у сестер общетерапевтического профиля (36,2%); психоастенический тип акцентуации личности чаще (19,2%) наблюдается у медперсонала общетерапевтических лечебных учреждений по сравнению с медперсоналом онкологических стационаров (15,6%). Но паранояльный, депрессивный типы акцентуации личности могут быть характерными для «онкологических» медицинских сестер (21,8%) по сравнению с «терапевтическими» медицинскими сестрами (7,6%). Среди медицинских сестер онкологических стационаров могут наблюдаться (15%) и шизоидные типы акцентуаций личности.

Таким образом, актуальным является не только медицинская и психосоциальная реабилитация онкологических больных и их родственников, но и изучение психологических проблем, предупреждение личностной и профессиональной деформации у персонала онкологических учреждений системы паллиативного лечения.

Особенности профессиональной деятельности персонала онкологических учреждений и хосписов в сочетании с воздействиями социально-стрессовых факторов обуславливают неблагоприятные социально-психологические условия жизни и деятельности, при которых формируется психосоциальная дезадаптация у врачей и среднего медицинского персонала. Дезадаптация сопровождается изменениями личности и эмоциональной сферы врача и медицинской сестры.

Изучение указанных проблем будет способствовать разработке психосоциальных программ по реабилитации персонала онкологических учреждений и хосписов, обеспечит психофизическое здоровье персонала.

Важным направлением деятельности психологической службы паллиативной медицины является изучение психосоциальной

среды и психологического здоровья персонала хосписов, что также должно быть в центре внимания как психологов, социальных работников, так и онкологов (Вдовина М.В., 1998).

Данной проблеме в последнее время стало уделяться все больше внимания как со стороны практиков паллиативной медицины, так и научной общественности.

Специалисты Хосписа Св. Христофора (Англия) — ведущего научно-методического центра «хосписного» сообщества, отмечают, что у персонала хосписов существует множество стрессовых ситуаций, таких как: раздражение при «неэффективности» медицинского лечения; необходимость «сглаживания» открытых вспышек гнева больных; вовлечение в эмоциональные конфликты; постоянная утрата тех, за кем пришлось ухаживать; возникновение сомнений в своих ожиданиях.

Английские специалисты выдвигают следующие требования к персоналу:

- высокий уровень знаний физиологии и патофизиологии (особенно в области онкологии);
- наличие совершенных навыков в осмотре пациента и проведении процедур;
- специальные знания в фармакологии, особенно химиотерапии, и знание средств борьбы с болевым синдромом и применением транквилизаторов;
- знание основ психологии, особенно в ситуации, предусматривающей взаимоотношения «медицинский работник-пациент»;
- чуткость в человеческих взаимоотношениях; выносливость, умение сглаживать ситуацию, высокие нравственные качества, коммуникабельность, целостность философских взглядов на жизнь и смерть. Российские специалисты опираются больше на духовные, моральные качества при подборе сотрудников, такие как отзывчивость на чужую боль;
- духовность человека; энергетический потенциал личности.

Однако, несмотря на все качества, которые присутствуют в человеке изначально, необходима постоянная поддержка и разумное распределение сил. Большое значение в решении задач паллиативного ухода играют обучение персонала, совершенствование его в методах паллиативного ухода, медицины.

Особенностью российских хосписов является то, что:

- две трети больных умирают в стационаре. Эта цифра свидетельствует о низком социальном уровне защищенности населения;

- нехватка лекарств заставляет «лечить собой», что предполагает усиленный уход за пациентами, включающий большую самоотдачу;
- крайне малое количество добровольцев в хосписе контрастирует с западными показателями, где на 20 больных приходится до 150 волонтеров (Гнездилов А.В., 1994).

В мировой практике паллиативного ухода существует 5 ключевых принципов, подкрепляющих паллиативное обслуживание и являющихся характерной чертой образовательного курса в паллиативной сфере, какой бы специфический предмет не рассматривался, и какой бы дисциплине не обучали. Некоторые из этих принципов относятся к другим отраслям здравоохранения, социального обслуживания и могут быть также включены в образовательные курсы обучения (Модников О.П., Биктимиров Т.З., 1995-1999; Мельченко Н.И., 1998; Менделеевич В.Д., 1998).

В эти принципы входят:

- концентрация на качестве жизни (включая хороший контроль за болью);
- личностный подход;
- окружение заботой как самого пациента, так и тех, кто имеет для него значение;
- независимость пациента и его право выбора;
- акцентирование внимания на открытое, восприимчивое общение.

По мнению специалистов Хосписа Св. Христофора, овладение знаниями о сущности хосписа и паллиативного лечения может быть разделено на три фазы:

- *Обучение в вузе.* Предлагается включить раздел «уход за умирающим» в учебный процесс. Обучение должно быть сфокусировано на психологических и эмоциональных потребностях пациентов и их семей;
- *Повышение профессионального уровня.* Предлагается в систему обучения на этом уровне включить практические занятия по уходу за умирающими, чтобы практикующиеся могли поддерживать свои знания на необходимом уровне;
- *Подготовка специалистов в аспирантуре.* Необходимо пройти основной теоретический подготовительный курс, дающий широкие возможности перехода от теории к практике в реальной ситуации. При этом высококвалифицированный персонал контролирует практикантов с целью совершенствования их навыков.

Специалисты в области паллиативного ухода отмечают, что профессиональное образование практически игнорирует этничес-

кие и культурные проблемы и слишком мало времени посвящается таким аспектам, как: различные вероисповедания и их влияние на методику ухода; смерть: отношение к смерти, потеря, обряды погребения у представителей различных религий; отношение к традиционным правам и обязанностям членов семейств различных поколений (Асмолов А.Г., Марилова Т.Ю., 1985; Блинов Н.Н., Беляев Д.Г., Гнездилов А.В., 1991; Великолуг А.Н., Дрегалю А.А., Великолуг Т.И., Каторин И.В., Золотков А.Г., Макарова Н.А., Иванов М.Н., 1998; Ajzen I., Driver B.L., 1992; Bergler R., 1993; Auchincloss S.A., 1995; Buda P., Pasini G., Polselli A., 1997).

Несоответствие ухода этническим и культуральным традициям, нечуткости поведения можно избежать через лучшее образование. Так, в учебном плане основного курса медсестринского паллиативного ухода, подготовленном Международным Обществом Медицинских Сестер Паллиативного Ухода (International Society of Nurses in Cancer Care) и одобренным ВОЗ, Международным Советом Медицинских Сестер (International Council of Nurses) содержатся следующие темы: краткий обзор человеческих потребностей; вопросы самоопределения и индивидуальности; религиозное сознание в современном обществе; убеждения религиозные и атеистические, их значение в паллиативном уходе.

Не менее важным — а в России и проблемным — является вопрос о добровольцах в области паллиативного обслуживания. В мировой практике помощь волонтеров составляет значительную часть от всей осуществляемой поддержки. На одного больного приходится до 5 человек добровольцев. Их деятельность достаточно разнообразна и охватывает все сферы обслуживания больных (стационар, дневной центр, помощь на дому). Непрофессионалы также должны пройти тренировку и обучение для работы в системе хосписного обслуживания.

Волонтеры должны:

- иметь соответствующие навыки общения с умирающими;
- знать потребности пациентов в питании;
- владеть системой контроля боли и других симптомов;
- иметь навыки ухода за потерявшими близких;
- быть адаптированными к эмоциональным реакциям на болезнь и смерть.

На базе Первого Московского Хосписа создан светский добровольческий институт, движение добровольцев (Плавунов Н.Ф., Миллионщикова В.В., 1997). В книге «Принципы и философия хосписов и паллиативной медицины» Вирджиния Гамли, Мэган Бик, Валентина Чупятова (1994) выдвигают три основные пробле-

мы, как: подбор штата сотрудников, поддержка штата сотрудников, обучение персонала хосписа.

Очень важно подобрать штат сотрудников для хосписа. Потребуются соответствующие высококвалифицированные хирурги и онкологи. «Тренировка» непрофессионалов, работающих в хосписе, имеет важное значение и должна проходить на таком же уровне, как и для медицинского персонала.

Подбор и психологическая поддержка сотрудников хосписов являются важными составляющими в профессиональной деятельности персонала, обеспечивающими сохранение их психо-эмоционального и психо-физического здоровья и профилактику синдрома эмоционального сгорания.

Принято выделять несколько видов поддержки:

1. Неофициальная поддержка.
2. Официальная поддержка.
3. Индивидуальная поддержка.
4. Уход за собой.
5. Система собственной поддержки.

Неофициальная поддержка достигается в процессе межличностных контактов и межличностного взаимодействия в команде (или группе профессионалов), осуществляющей уход за пациентами и их семьями, разделяя общую озабоченность, поддерживая друг друга изо дня в день.

Время от времени существует необходимость в сборе группы для *официальной поддержки*, что дает возможность сотрудникам поделиться своими проблемами (психологическими, профессиональными, социальными, психосоматическими). Для работы с этой группой привлекается человек извне, например, психолог. Группа может собираться на несколько недель или решать свои собственные проблемы в течение дня. Затем после оценки эффективности этой работы группа решает продолжать встречу или нет.

Иногда может потребоваться *индивидуальная поддержка*. В компетенции администрации хосписа находится решение вопроса о необходимости реальной поддержки тому или иному сотруднику хосписа.

Всем, кто работает в хосписе, необходим *уход за собой* на достаточно высоком уровне. Выделяется необходимое количество времени для занятий спортом и для отдыха, чтобы поддерживать хорошее физическое состояние.

Всему персоналу необходимо развивать *системы собственной поддержки* на работе и дома. Полезно иметь человека, который готов выслушать вас и помочь решить ваши проблемы.

Вопрос о том, как достичь успеха в приобретении навыков правильного поведения персонала в процессе примирения с мыслью о неизбежности смерти при уходе за умирающим, требует изучения. Показано, что имеется период в 12-24 месяца, состоящий из различных стадий, в течение которых профессионалы добиваются прогресса в усовершенствовании навыков по уходу за умирающими:

- стадия 1 — «Становление интеллекта». Эта стадия длится первые три месяца и характеризуется как приобретением знаний, так и возникновением сомнений. Тратится много усилий на поиск значения смерти, а также на посещение лекций или чтение книг на эту тему;
- стадия 2 — «Травма/эмоциональное выживание». Стадия продолжается следующие три месяца. В это время человек может испытывать беспокойство, напряжение и чувство вины за свое хорошее физическое состояние, в то время как пациент умирает;
- стадия 3 — «Депрессия». Эта стадия тоже продолжается около трех месяцев и может переноситься довольно болезненно. Человек начинает осознавать масштабность смерти. В этот период случается, что человек решает покинуть хоспис;
- стадия 4 — «Эмоциональное вживание». Эта стадия достигается, когда человек избавляется от страха смерти и чувства вины за свое хорошее физическое состояние. Депрессия проходит, и хотя боль утраты возникает время от времени, она уже более не оказывает отрицательного влияния на человека;
- стадия 5 — «Глубокое сострадание». На этой стадии человек способен к большой самоотдаче. Он познает себя и испытывает чувство полной самореализации. Здесь присутствует реальное осознание болезни и смерти. Он способен с достоинством оказывать уважение умирающему человеку и его семье.

Необходимость обучения медицинской профессии по уходу за умирающими признана во всем мире. Смерть — естественный процесс. Это — часть жизни, и профессиональные работники должны ее изучать. Медицинские работники всегда участвуют там, где нужен уход за больными, которые не могут быть вовлечены, т.к. болезнь находится в запущенной стадии. Таким образом, важны и навыки по уходу.

Долгое время уход за умирающими не был включен в учебные программы ВУЗов и аспирантуры. И только недавно он во-

шел в некоторые из программ. Специальная подготовка и обучение обязательны для врачей и медицинских сестер, собирающихся работать в хосписе. Необходимо пройти основной теоретический курс, дающий широкие возможности перехода от теории к практике в реальной ситуации. Такой переход очень важен при работе в хосписе. При этом высококвалифицированный персонал контролирует практикантов с целью совершенствования их навыков.

Известно, что люди особенно уязвимы в период утраты близких людей. Поэтому существует потенциальный риск, что их скорбь будет проявляться слишком эмоционально, порой это характеризуется сильными реакциями или продолжается более двух лет. Профессиональные работники — врачи и медицинские сестры — тоже среди тех, кто подвержен риску. Они привыкли к роли помощников, и им самим трудно рассчитывать на помощь. Есть больные или их родственники, к которым работники хосписа могут испытывать особенно близкие чувства. Когда такой человек умирает, то утрата для медицинского работника может быть довольно значительной. Каждому человеку свойственна скорбь, и сдерживание эмоций в этот период может привести к усилению переживаний, связанных со смертью близких. Сами профессионалы могут испытывать горечь утраты, о которой невозможно забыть. Таким образом, переживания могут возникать вновь и вновь. Чтобы помочь другому, персонал хосписа должен позаботиться о себе, чтобы осознать свои физические и эмоциональные потребности и четко представлять себе свои силы и предел возможностей.

Психотерапевтическая среда хосписа включает в себя аспект партнерских взаимоотношений с пациентом и создание единой команды персонала и родственников, ухаживающих за больным. Максимальный комфорт для пациентов не должен быть ограничен ни режимом, ни каким-то давлением. Свободным, желанным, любимым — таким хотелось бы видеть пациента в хосписе. Что касается специальных методов психотерапии, то нами было замечено, что большинство вербальных техник оказываются малоэффективными. Главный метод психотерапии в хосписе — терапия собой, терапия присутствием.

Проблема профессиональной деформации или опасности психогений у медперсонала в хосписе не изучены, и в связи с этим возникает необходимость исследования, в первую очередь, картины психологических особенностей медицинских работников различных уровней (врачи, медицинские сестры, санитарки).

Проблемы персонала хосписа в России

Проблемы персонала хосписа в России во многом сходны с проблемами в зарубежных хосписах, но в силу особенностей российской экономики, российского менталитета, а также в силу молодости хосписного движения в России, безусловно, есть и различия.

Люди, имеющие особые черты характера, обладающие высоким профессионализмом и высокой специфической культурой общения как с больными, так и друг с другом — вот главное составляющее хосписной работы. Какие же требования предъявляются при подборе персонала в российском хосписе? Поскольку в хоспис идут работать очень немногие, то, казалось бы, должны принимать без выбора всякого, изъявившего желание. Но опыт дает основания выбирать, и прежде всего в претенденте оценивается *степень отзывчивости на чужую боль*. Это крайне важное и редко встречающееся ныне свойство характера. Им обладают далеко не все медики. Чаще всего отзывчивость развита у тех, кто сам пережил горе или утрату в собственной жизни.

Второе, на что ориентируются, — *духовность человека*. Реализована ли она в религиозности или нет — не столь принципиально, хотя ответ на вопрос о вере в бога достаточно хорошо помогает понять человека. Религиозность не всегда соответствует понятию духовности. Однако работа в хосписе показывает, что при высокой текучести кадров именно верующие люди являются наиболее надежными и стабильными и отвечают задаче служения больному. Духовность, необходимая в общении с больным, защищает от психической травмы и самого ухаживающего за ним.

Третье качество, необходимое для работы в хосписе, — *милосердие*. Это — доброта и полное отсутствие равнодушия к страданиям больного человека, естественное стремление, не медля, не раздумывая прийти к нему на помощь. Возможно, сюда же входит и понятие жертвенности: исповедование принципа «не я, но ты».

И еще одно необходимое качество. Его можно определить, как *энергетический потенциал личности*. Люди, им обладающие, безошибочно выявляются в общении: они как бы наполняют собой пространство, в их обществе комфортно, радостно, приятно. В отличие от них, есть и другие, общение с которыми утомляет, вызывает ощущение усталости, психического истощения.

По этим требованиям-ориентирам ясно представляется вся сложность поиска личностей, соответствующих всем вышеизложенным условиям. Требования при подборе кадров для службы в хосписе, действительно высоки.

Перечислим основные факторы, травмирующие персонал хосписа:

- около 70-80% больных хосписа имеют те или иные психические нарушения, связанные либо с метастазами в головной мозг, либо с раковой интоксикацией. Такие больные требуют индивидуального наблюдения со всеми вытекающими последствиями. Фактически в хосписах имеется постоянно несколько коек для психиатрических больных;
- постоянное присутствие в хосписе, так называемой, экстремальной ситуации, которая порождает выраженные шоковые и невротические реакции у больных, а также у их родственников;
- паллиативный уход и лечение в хосписе тяжелейших неврологических больных, пациентов с метастазами в спинной мозг с явлениями паралича или пареза, требующими постоянного специфического ухода;
- больные с колостомой, свищами, нарушениями функций тазовых органов; уход за ними тяжело переживается как самим больным, так и персоналом. Требуются особо доверительные отношения между персоналом и пациентом. Только постоянный контроль над своими эмоциями, сострадание и милосердие позволяют достичь необходимого доверия и взаимопонимания.
- постоянная встреча со смертью. Персонал не просто является свидетелем смерти, но активно участвует в переживаниях умирающего.

Преодолению психологической дезадаптации сотрудниками хосписов, онкологических учреждений должны способствовать ориентированность на знание динамики психологических реакций умирающих, которые наиболее полно описаны американским психиатром Kubler-Ross E. (1969) и приведены в отечественной литературе в разных интерпретациях, как: процесс и стадии психологической переработки негативной информации пациентом (Мельченко Н.И., 1998); фазы реагирования на злокачественные заболевания (Менделевич В.Д., 1998); психологические реакции человека, оказавшегося перед лицом смерти (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2000).

Работа персонала не ограничивается контактами только с больными. Одной из задач хосписной службы является общение и психологическая поддержка родственников пациента. Насколько сложна эта работа — может понять только тот, кто давал возможность человеку, потерявшему своего близкого, «выплеснуться» на самого себя. Когда это слезы отчаяния, то это переносится легче,

чем агрессия родственника, несправедливый гнев по отношению к человеку, который самоотверженно служил его близкому. Способность принять переживания родственников из уважения к памяти умершего, которому были отданы силы и чувства, требует от персонала особых черт характера и установок. Однако, те же родственники, которые обвиняли сестер и врачей или выплескивали на них злость на судьбу за свою потерю, вслед за тем понимали несправедливость этого, благодарили персонал за помощь, просили прощения за несдержанность и становились порой лучшими друзьями хосписа.

Все эти моменты травмируют психику персонала, способствуют развитию ситуативных и невротических реакций, депрессивных состояний, фобий. Особо травмирует смерть молодых пациентов. Их переживания персонал переносит на себя, представляя собственную кончину от тех же причин. Здесь, помимо психотерапии, требуется, прежде всего, дать отдых человеку, перенасытившемуся негативными переживаниями, позволить ему переключиться на другую ситуацию, сменить среду.

Встреча со смертью приводит к пересмотру жизненных ценностей, дает понимание того, зачем ты пришел в этот мир. Переосмысление, осознание жизни с позиций высокой морали, духовный рост больных, наблюдаемый и поощряемый персоналом, вовлекают в этот процесс каждого, небезучастно находящегося рядом с больным. И сопереживая больному на этом пути, всякий, решившийся на это, укрепляет и возрождает собственную душу среди хаоса всевозможных иллюзий, острее ощущая непреходящую ценность сиюминутной земной жизни. Ориентированность на больного, приобщение к его жизни помогают становлению личности, способствует самоактивизации личности.

Партнерство является необходимым стилем отношений между сотрудниками хосписа.

Одним из важнейших факторов, нарушающих психологический климат в коллективе, является крайне низкий уровень материальной обеспеченности персонала, из-за чего люди не имеют возможности снять груз переживаний и расслабиться в домашней обстановке, в семье. Тем не менее, расширение границ сознания персонала, его кругозора, эстетических потребностей, то есть духовной сферы личности, несомненно, ведет к большей терпимости и взаимопониманию.

Психотерапевтическую помощь персоналу необходимо индивидуализировать. Пути воздействия можно разделить на индивидуальную психотерапию, основывающуюся на рациональных беседах (психологическая поддержка, оказываемая психологом,

психотерапевтом) или духовной помощи со стороны священнослужителя, лица, обладающего авторитетом для данного человека, а также групповую психотерапию.

Небезуспешными в отношении персонала оказываются элементы *театротерапии*. Смена образа самого себя позволяет вместе с тем избавиться от стрессовых обстоятельств. Важным фактором «восстановления» для персонала, как, впрочем, и для больных, явилась *арттерапия*. На наш взгляд, человек, находящийся в экстремальных условиях, нуждается в этом. Важным и положительным фактором является *музыкотерапия*. Негативные переживания уменьшают личностное пространство человека, делают его «тесным» — это известный психологический феномен. Музыкотерапия увеличивает пространство, «расширяет» его. В выборе средств предпочтение отдается классической, духовной, народной музыке, так как шумовой эффект поп-музыки, напротив, загружает пространство и часто вызывает раздражение.

Особенно эффективно воздействие «живой» музыки. Специальная музыкотерапия, ориентированная на релаксацию, хотя и рассчитана на группу, но как бы обращена к каждому и дает наиболее положительный эффект.

Из вышеизложенного можно сделать выводы об общих и специфических проблемах персонала хосписов.

Общими являются следующие проблемы:

- раздражение при «неэффективности» медицинского лечения;
- необходимость сглаживания открытых вспышек гнева;
- вовлечение в эмоциональные конфликты;
- постоянная утрата тех, за кем пришлось ухаживать;
- проблемы общения между персоналом и больным, персоналом и родственниками больного;
- эмоциональное напряжение, возникающее, когда какие-либо ситуации из жизни больного напоминают собственные;
- «вживание» в проблемы больного и излишнее эмоциональное реагирование на них.

Особенности профессиональной деятельности персонала онкологических учреждений и хосписов в сочетании с воздействиями социально-стрессовых факторов обуславливают неблагоприятные социально-психологические условия жизни и деятельности, при которых формируется психосоциальная дезадаптация у врачей и среднего медицинского персонала. В зависимости от глубины и уровня хронического и острого стресса невротическая дезадаптация сопровождается изменениями личности и эмоцио-

нальной сферы врача и медицинской сестры. Внедрение психосоциальных программ профилактики профессиональной деформации и психосоциальной дезадаптации персонала способствует сохранению его здоровья.

Ведущими факторами в преодолении профессиональной деформации работниками хосписа являются: психологический профессиональный «комплаенс» (преодоление), выявление психогенных факторов у каждого испытуемого и группы; разработка мероприятий, направленных на профилактику и терапию профессионально опосредованных личностных изменений; изучение особенностей личности и ее изменений в зависимости от воздействия профессиональных вредностей, социально-стрессовых факторов; коррекция профессиональной и психологической дезадаптации; предупреждение развития психосоматических расстройств; разработка психологических, социальных коррекционных и реабилитационных программ для персонала.

III.2.3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

Актуальнейшие задачи современной медицинской психологии: (а) изучение клинических особенностей и закономерностей психических изменений у онкологических пациентов с целью создания системы психологической реабилитации этой группы больных, а также (б) изучение групп риска в отношении онкологических заболеваний с целью организации психологической профилактики в работе с определенными группами населения в контексте комплексных программ общественного здравоохранения.

I. Механизмы психосоматических взаимоявлений

Характерологически ориентированные направления и типологии личности

Психосоматика давно признавала за определенным типом личности склонность к определенным заболеваниям. Во второй половине 20-го века для определенных болезней эмпирически выявлен тип личности, объединивший в себе соматическое и психическое (Sheldon W., Stevens S., 1942; Dunbar F., 1943 и др.). Ставился вопрос об универсальности «подчиненных» органам личност-

ных характеристик «желудочного больного», «гипертоника» и др. (Wolff H., 1947). Рядом ученых (Wolff H., Grace W., Graham D.) придавалось всеобъемлющее значение ситуации, на которую дается полный символического смысла ответ в виде душевного переживания и телесного способа реагирования. Типичные формы реакции с уже сформированными установками (на «борьбу», «бегство», «отступление» и пр.; описаны Кенноном) специфичны для значения данной пережитой ситуации (а не для личности в целом). Дается интерпретация возникших в процессе жизни форм поведения. Описана специфическая связь между позицией (как переживается причиняемый ущерб, и как человек выходит из этого положения), которая занята по отношению к нагрузке, и болезнью, которая следует за этой нагрузкой. Спонтанная внутренняя позиция включает также описание происходящих при этом физиологических изменений.

Одно время «алекситимия» рассматривалась как типичная психосоматическая структура, для которой характерен ряд признаков с разной степенью их выраженности в каждом отдельном случае: (а) своеобразная ограниченность способности фантазировать (неспособность пользоваться символами; механический, утилитарный, конкретный тип мышления); (б) типичная неспособность выражать переживаемые чувства; (в) для связи с конкретным партнером характерна «пустота отношений»; (г) тотальная идентификация с каким-то другим человеком (его «ключевой фигурой»); потеря этой фигуры («потеря объекта») выступает часто как провоцирующая ситуация в начале (или при ухудшении) болезни. Однако, несмотря на то, что алекситимию находят у многих (но не у всех) психосоматических больных, она обнаруживается и у больных с неврозами и здоровых людей. Сегодня чаще говорят об алекситимическом поведении как неспецифическом факторе риска, который может быть связан с другими (специфическими и неспецифическими) факторами риска. Кроме того, установлено, что алекситимия зависит от ситуации.

Речь психосоматического больного беднее по объему и по содержанию и менее выразительна (Rad M., 1983).

При проективных тестовых исследованиях (например, с помощью теста Роршаха) психосоматические больные по сравнению с невротиками обнаруживают «синдром недостатка фантазии» (Vogt R. и соавт., 1979).

Однако, не всегда из установленных корреляций между психологическими особенностями и телесными состояниями можно выводиться этиологические связи.

Болезнь как конфликт

Предложен ряд моделей возникновения соматических симптомо-комплексов на почве психологического конфликта.

Так, благодаря психоаналитической модели выявлено значение преморбидного (особенно раннего детского) развития для здоровья, значение психологических конфликтов для патогенеза и вообще влияние эмоциональных факторов (особенностей привязанности и разлуки, а также сексуальных и агрессивных конфликтов) на возникновение заболевания. Телесные и психические переживания понимаются в рамках биографически детерминированного ряда развития (генетическая точка зрения). Определяются более и менее близкие к телесным инстанции переживаний и поведения: первичный процесс-вторичный процесс; бессознательное-предсознательное-сознательное; «Оно» — «Я» — «сверх-Я».

В благоприятных случаях достигается дифференцированное приспособительное разрешение конфликта (прогресс). В неблагоприятных случаях разрешения конфликта наступает регрессия, нередко связанная с соматизацией. Сила «Я» или его слабость (проявляется в неспособности адаптироваться к имеющимся условиям) — важное условие удачи или неудачи разрешения конфликта, что имеет серьезные последствия для возникновения симптомов.

Большое внимание уделяется межличностным конфликтам (на фоне индивидуально-биографических показателей). Современная «медицина человеческих отношений» (Weiner H., 1989) основывается на положении, установленном Weizsacker V. (1947): «Болезнь находится теперь между людьми, это следствие их отношений и характера столкновений».

Соматический симптом может возникать не только на основе конфликта путем психической деятельности по его вытеснению (деятельности «Я»), но и в следствии того, что при этом не осуществляется психическая переработка и вместо нее предполагаемое соматическое возбуждение вызывает непосредственно соматические симптомы (например, такие соматические симптомы, как потливость, головокружение и поносы, выступают как эквиваленты сильного страха).

По мнению Александера (Alexander F., 1950) вегетативные неврозы, болезненные состояния возникают на основе неосознанного конфликта в процесс патологического невротического развития, которое ведет к тому, что не выполняются действия, направленные на внешний объект. При этом эмоциональное напряжение

не может подавиться, так как сохраняются сопровождающие его вегетативные изменения. В дальнейшем при хроническом эмоциональном напряжении могут наступить изменения тканей и необратимое органическое заболевание. При этом соматические симптомы это нормальные физиологические проявления, сопровождающие эмоции. Они не устраняют, например, страх, но сопровождают его, являются составной частью того феномена, который называется страхом. Выявлена связь основных установок («вступления в бой» и «отступления») с нервным субстратом и с психосоматическими заболеваниями.

Специфический конфликт предрасполагает пациентов к определенным заболеваниям только тогда, когда к этому предрасполагают другие (генетические, биохимические, физиологические) «Х-факторы». Определенные жизненные ситуации, в отношении которых пациент сенсibilизирован в силу своих ключевых (базовых) конфликтов, реактивируют и усиливают эти конфликты. Сильные (и/или длительные) эмоции сопровождают этот активированный (актуальный) конфликт и на основе автономных гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что в организме возникают изменения в телесной структуре и функциях. Эмоции «вызывают», по мнению Александера, соматические изменения.

Конверсионная модель

В понимании Фрейда благодаря конверсии неприятное представление становится безвредным потому, что его «сумма возбуждения» переводится в соматическую сферу. Даже тяжелые невротические состояния отступают при соматических заболеваниях в их осознании пациентом и в его поведении (Mitscherlich A., 1953). Место повреждения по законам конверсии детерминировано символически. Предлагается анализировать время и место повреждения, поскольку сам соматический симптом символически обусловлен. При этом не отрицается значение «соматической готовности» (физического фактора, который имеет значение для «выбора органа»). Конфликт представляется символически и его импульсивно-динамические проявления изживаются, таким образом, в виде симптомов конверсии.

Ситуация при возникновении болезни определяется как утрата психических защитных механизмов. Перед началом заболевания наблюдаются аффективные состояния отчаяния, депрессии, общего упадка (чувство «никогда больше не быть в порядке», здоровым — Engel G., Schmale A.). Психосоматическое заболевание

может вызываться реальной или вымышленной утратой значимого объекта, что приводит к обеднению «Я» (Mitscherlich A., 1953; Schur M., 1955).

В настоящее время многие исследователи согласны с тем, что понятие конверсии (как принцип разъяснения) применимо лишь к определенной группе символически детерминированных симптомокомплексов, но для большинства психосоматических расстройств не применим. Кроме того, еще надо доказать, что вначале происходит символизация, затем конверсия, за ней повреждение, а не наоборот (вначале повреждение, затем вторично вырабатываются психические представления, создаются условия для вторичной символизации).

Психосоматическая медицина в свете теории научения

Физиологические изменения функций могут вызываться условными сигналами (исследования И.П. Павлова и его учеников). Психосоматические процессы рассматриваются как проторенные пути, как сложные структурированные «рефлексы», соответствующие основной схеме условного рефлекса с его афферентной частью центральной переработки и эфферентной частью дуги рефлекса. Важными являются закономерности формирования условных рефлексов и их ослабления (угасания).

Процессы научения (выработка реактивного, оперантного поведения, когнитивное научение) важны для возникновения и сохранения психических расстройств, которые рассматриваются как неверно приспособленными заученными формами поведения. Парадигмы, относящиеся как к классическому, так и к оперантному обусловливанию, предполагают, что соматические симптомы уже имеются. Проблема «выбора органа» объясняется как индивидуальное различие в проявлениях готовности к вегетативным реакциям на раздражители.

Концепция стресса

Г. Селье (Selye H., 1936) интересовался тем, в какой мере отягощающие «стимулы» (раздражители) могут вызывать соматические заболевания. Анатомические повреждения как следствие стресса могут уменьшаться или задерживаться, если появляется возможность реагировать на отягощающие «стимулы». Стрессовые ситуации представляют собой селективные нагрузки самого разного рода и длительности (психические, межличностные и социальные). Они угрожают субъекту или побуждают орга-

низм что-то сделать, чтобы их преодолевать, овладевать ими или отстраняться от них. Выявляются факторы, провоцирующие или предохраняющие человека от селективных нагрузок путем их преодоления. Невозможность справиться со стрессовой ситуацией переживается человеком как поражение или неспособность управлять своим поведением и регулировать физиологические функции и контролировать определенную ситуацию. Всеобъемлющее понимание роли стресса в возникновении болезни еще не достигнуто.

Интегративные модели

По интегративной модели состояние здоровья определяется не по абсолютному его значению — отсутствию болезни, а скорее как успешное приспособление к окружающему миру. Болезнь не является единственной причиной появления чувства болезни и страдания. Это чувство возникает и вследствие неспособности человека приспособиться к различным жизненным ситуациям или к болезни, является результатом несоответствия между адаптивными возможностями человека и требованиями, которыми они определяются. Для определения болезни достаточно корреляции между причиной повреждения и симптомами болезни. Лечение в этой модели преследует цель облегчить адаптивную недостаточность или скорректировать ее. Больной может иметь болезнь, но не чувствовать себя больным.

Интегративная модель ориентирована на процесс, а не на структуру. У человека могут возникать симптомы как при наличии, так и при отсутствии признаков анатомического повреждения и нарушений физиологических функций. Страдание и болезнь рассматривается как распад биологического приспособления. Этот распад может произойти на разных уровнях биологической организации — от психологической до иммунной. Например, иммунная система человека тесно связана с возникновением ракового заболевания. Защитные силы организма могут ослабляться душевными травмами. Хронические отрицательные эмоции влияют на возникновение, манифестацию и рост опухоли. Психические факторы могут влиять и на уменьшение опухоли. Последнее придает оптимизм, поскольку сам человек может кое-что сделать для своего выздоровления.

Интегративное воззрение предполагает многофакторный, нелинейный характер этиологии, течения и лечения страданий и болезней и пытается совместить широкий подход к здоровью и болезни с данными о роли социальных и психологических факторов

на каждой стадии страдания и болезни. Биопсихосоциальная модель Икскуля и Везиака (Uexkull Th., Wesiak W., 1990) разрабатывает модель для тела, которая соответствовала бы и модели для психики, с тем, чтобы врач мог увязать процессы физиологического и социального уровней. Человек изначально рассматривается в его естественном психобиологическом развитии (применительно к здоровью и болезни) в его социальном окружении, которое он не только воспринимает, но и по мере возможности создает сам. Используется теория систем и современная семиотика. В лечебном процессе осуществляется осмысление болезни в контексте герменевтики (понимания) истории жизни на общей почве солидарности врача и больного.

II. Психологические модели онкологического больного

Психологическое изучение онкологических больных осуществлялось в контексте различных психосоматических моделей, основные из которых описаны выше (п. I настоящей темы).

Психологический портрет онкологического больного

По данным специальных исследований значительная часть онкологических больных имеют один и тот же комплекс личностных особенностей (так называемый типовой психологический портрет), который был подробно описан доктором Эванс Э. еще в 1926 г. Основываясь на обследовании ста раковых больных, она сделала вывод, что незадолго до начала развития болезни многие из них утратили значимые для них эмоциональные связи. По мнению исследователя, все эти люди относились к психологическому типу, склонному связывать себя с каким-то одним объектом или ролью (с определенным человеком, работой, домом, пр.). Когда этому объекту или роли начинает угрожать опасность, или они исчезают, подобные зависимые люди остаются наедине с собой, при отсутствии навыков справляться с подобными ситуациями.

Психолог Лидия Темошок (Temoshok L.) из Калифорнийского медицинского колледжа в Сан-Франциско, интервьюируя пациентов со злокачественной меланомой, обнаружила, что все они обладают похожими чертами характера: приятные люди, образцовые пациенты, отличающиеся пассивностью и отсутствием выражения отрицательных эмоций (она описала эти особенности как «тип личности С»). Позже она обнаружила, что пациенты типа С хуже реагируют на лечение, чем те, кто мог выразить свои сильные эмоции, а не подавлять их. Тип С отличает качество преодоления

болезни, которое коррелирует с потерей времени перед первым посещением врача и с подавлением отрицательных эмоций («дисфорических эмоций»).

Айзенк Г.Ю. в работе «Рак, личность и белки» утверждает на основании своих эмпирических исследований, что рак развивается у эмоционально лабильных экстравертов при аномально выраженных у них таких эмоциональных проявлений, как подавленность чувств, депрессия, безнадежность. По его мнению тревога и нейротизм (связанный с ними АКТГ укрепляет защитные силы организма) защищают от рака, в то время как стресс (в процессе его увеличивается содержание кортизола в крови, который негативно сказывается на работе иммунной системы) способствует развитию рака. Больной живет дольше, если настроен агрессивно, обучен свободно в социально приемлемой форме выражать свои эмоции. В то время как беспомощность, апатичность, подавленность сокращают срок жизни.

Впрочем встречаются публикации, в которых не видят специфичности психологического портрета онкологического больного. В учебнике по медицинской психологии Лакосиной Н.Д. и Ушакова Г.К. (1984) эмоциональное состояние онкологических больных приравнивается к состоянию пациентов с любым другим тяжелым соматическим заболеванием.

Изучались особенности поведения онкологического больного в зависимости от типа его личности, различия в эмоциональном реагировании различных групп (разделение на группы проводилось по психологическим критериям) онкологических больных. При исследовании психологических типов онкологических больных Личко А.Е. выделяет 5 условных групп обследуемых пациентов: циклоидная, шизоидная, эпилептоидная, истероидная, психоастеническая. Для каждой из этих групп пациентов характерна своя общая тенденция: «к жизни» или «от жизни». В группе циклоидных пациентов, ориентированных в целом «на жизнь», возникают депрессивные переживания с подсознательным (чаще сознательным) отказом от продолжения жизни. Опросы выявили среди них группу пациентов, имеющих на четвертой стадии заболевания тенденцию к суициду (одна из причин — плохо устранимые боли и страх еще больших страданий); часть больных отказывается от еды. 10-15% отказываются от лечения на ранних стадиях болезни, что также можно трактовать как пассивный суицид. В группе шизоидных пациентов общая психологическая тенденция направлена «прочь от жизни» и проявляется в негативных психологических оценках, общем разочаровании в виду «несоответствия жизни идеалам», «несправедливости миро-

устройства». У части больных имеют место переживания обреченности из-за того, что их «испортили», «сглазили». В группе тревожно-мнительных и психоастенических личностей отмечаются одновременно две тенденции: «к жизни» и «от жизни». Особенностью таких пациентов является низкая самооценка, чувство вины, постоянная тревога, тенденция к самонаказанию и испугу. В группе эпилептоидной стигматизации отмечается подавленное чувство агрессии, неспособность простить обиду, злопамятство, желание отомстить, взять реванш (последнее становится основой психологической ориентации «против жизни»). В группе истероидных личностей превалирует стремление «к жизни». Однако, несоответствие желаемого мира и реальности поселяет в них гипертрофированное чувство «вечной потери», «лишения возможности дальнейшего счастья» и соответственно вызывает самосожаление с декларируемым отказом от жизни. Ломка жизненного стереотипа, связанного, например, с утратой социального положения, проецирует ауторазрушительные тенденции личности.

Изучался вопрос о специфичности психических изменений в зависимости от локализации онкологического процесса. Так, при раке легкого усиливается чувство страха, тревоги и вместе с тем вялости. Больные обычно унылы, молча лежат, устремив взгляд в пространство. В более поздние периоды печать отрешенности на больном все более становится заметной (хотя в глубине души все еще есть надежда на выздоровление). Kissen (1967) выявил у больных раком легкого частое нарушение способности к выражению эмоций, сочетающееся с повышенной продукцией стероидов и снижением иммунной защиты. При эндометриальном раке шейки матки часто наблюдается внезапное постарение, сексуальные перверзии (весьма резко ощущаемые в сновидениях), сексуальные расстройства (снижение либидо, аноргазмия, пр.), плохое настроение, беспомощность, подавленность. Основная психологическая проблема — утрата женственности, детородной функции, страх распада семьи. При раке желудочно-кишечного тракта доминирует тревожно-тоскливый фон настроения. Челюстно-лицевые опухоли часто дают анозогнозию и др.

Тхостов А.Ж. в автореферате своей диссертации «Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях» рассматривает психические изменения больных раком легкого и яичников как укладывающиеся, в основном, в группу астено-тревно-депрессивных расстройств, центральное место в которых занимает реактивная ситуационно обуслов-

ленная депрессия. Степень выраженности депрессивных изменений зависит от тяжести общесоматического состояния, степени распространенности и локализации патологического процесса, от преморбитных особенностей больных.

Ряд ученых считает депрессию симптомом некоторых форм рака (например, больные раком поджелудочной железы часто находятся в угнетенном состоянии). В то же время, ка-тамнестические наблюдения (Niemi T. и соавт., 1978) при депрессивных монополярных и биполярных психозах (при которых больные годами находятся в состоянии безнадежности и самоотречения) не обнаружили повышения заболеваемости раком через 30-40 лет. Имеются обобщения (правда, пока умозрительные) об альтернативном соматическом или психическом регрессивном выборе в отношении рака или психоза. Эти обобщения основываются на факте низкой заболеваемости раком находящихся в стационаре больных шизофренией и депрессиями.

У женщин, у которых диагностировался рак, отмечались сниженная способность к фантазированию с редуцированием ответов по поводу форм и цвета (им предъявлялся тест Роршаха), уменьшенное число толкований образов. В своих ответах на вопросы они обнаруживали разочарование, пустоту и чувство, будто они отделены от других людей стеклянной стеной (Greer, Morris).

Воображение онкологических больных развивается в основном в направлении страхов, тревог, сомнений. Они часто не имеют осознанных представлений о желаемом, а если и имеют, то у них не хватает мужества реализовать то, что они бы хотели сделать. Экспансивные намерения были у них подавлены обычно еще в детстве, или же их цели, связанные с самопожертвованием, не имеют пределов. Собственные потребности они или вообще не воспринимают, или игнорируют. Нередки проблемы в сексуальной области. Они не научились освобождаться от повседневного раздражения — проблемы будто «въедаются» в них (Пезешкиан Н., 1996).

Исследовались психологические причины вредных привычек как фактора риска онкологических заболеваний. В этом контексте изучались личность курильщика, а также мотивация (осознанная и неосознанная) задержки стула, так как установлены канцерогенное действие курения и связь между запорами и раком толстой кишки (особенно у женщин).

Предрасполагают ли те или иные психологические особенности личности к раку, или, наоборот, рак вызывает появление этих психологических особенностей у заболевших?

В апреле 1993 г. Айзенк Г.Ю., приезжая по нашему приглашению с лекциями в Москву, дал свой ответ на этот вопрос. В начале лекции, прочитанной в ММА им. И.М.Сеченова (опубликована 13.10.93 в «Медицинской газете», №81), он отметил, что уже около 150-200 лет назад существовали идеи о предрасположенности личности к онкологическим заболеваниям. В медицинских учебниках тех времен говорилось, что человек, предрасположенный к раку, имеет какой-то специфический личностный рисунок; и он контрастирует, к примеру, с личностными особенностями человека, страдающего ишемической болезнью сердца. «Раковую личность» отличает, прежде всего, крайне низкая способность выражать свою эмоциональность. Какие бы чувства не испытывал такой человек, внешне они проявляются весьма слабо. Он как бы подавляет свои эмоции, не давая им «выплескиваться наружу». Есть у «раковой личности» и другая черта: тяжелейшая реакция на стрессовую ситуацию. Он просто не в состоянии овладеть ею, поэтому реагирует на нее подавленностью, угнетенностью, беспомощностью и безнадежностью, что неумолимо ведет к депрессии. Человек же, склонный к ИБС, выглядит иначе. Типичной реакцией для него на стрессовую реакцию являются вспышки ярости, агрессии.

В начале 60-х годов XX века Айзенк Г.Ю. решил проверить эти положения. Им была разработана специальная анкета, предназначенная для оценки выраженности эмоциональных переживаний у наблюдаемых лиц. Исследование проводилось совместно с онкологом Киссенем Д. (Kissen). Обследовались пациенты, обращавшиеся за медицинской помощью. Анкета заполнялась врачом до проведения диагностических исследований. Анализ материалов показал, что вероятность рака легкого была в 6 раз выше у тех людей, которые подавляли свои эмоции. Проверка полученных результатов проводилась не менее 20 раз (в разных странах). Вывод был один: пациенты, у которых выявлялся рак легкого, характеризовались низкой внешней эмоциональностью, т.е. подавляли в себе переживаемые чувства. Внутри самой выборки прослеживался и еще один результат: люди, более склонные к проявлению своих чувств, имели большую продолжительность жизни. Подтвердились и «стрессовые представления». Однако, на этом этапе исследования анкетировались уже больные люди, поэтому трудно исключить тот факт, что их личностные

особенности могли стать результатом болезни, а не предрасположенности к ней.

Потребовались другие наблюдения, ориентированные на лиц, у которых заболевания на период их психологического обследования отсутствовали. Целесообразно было проанкетировать такую группу лиц, а лет через 10-15 провести среди них повторное обследование. Такую работу провел югославский онколог Матичек Г. (Maticsek). Анкетировались жители небольшого городка (только лица пожилого возраста — в среднем около 60 лет). Результаты исследования подтвердили предыдущие выводы. Более того выявились и другие не менее важные детали: оказалось, что многие факторы риска действуют синергически, т.е. усиливая многократно общий эффект своего влияния. К примеру, стрессовые условия (характер их переживания) приводили к возникновению раковых заболеваний куда больше, чем, скажем, курение. Совместное же воздействие этих двух факторов вело к увеличению смертности более чем в 5 раз. Одно влияние как бы умножалось на другое (курение чрезвычайно вредно в отношении рака легкого для тех, кто находится в состоянии хронического стресса, и практически безразлично для тех, кто умеет контролировать ситуации).

В течение 1957-59 гг. Shekell R. соматически и с помощью психологического теста MMPI обследовал 2020 здоровых людей. Через 17 лет катamnестическим исследованием было охвачено 95% от исходного количества обследованных. Смертность от рака составила 4,1%. При первичном психологическом обследовании у этих заболевших были повышенные показатели шкалы депрессии.

Изучалось действие определенных установок на предрасположенных к раковому заболеванию людей. До появления заболевания у обследованных были выявлены чувства подавленности, безнадежности и отчаяния (Leshan, Worthington, 1956; Schmale, Iker, 1966; Bahnson, 1969; Greene, 1966).

Игнорирование и подавление чувств и конфликтов могут повышать риск развития злокачественной опухоли (Kissen D., 1967; Bahnson, 1969; Grossarth-Maticsek, 1980).

Данные исследования подтверждают мысль патриарха британской медицины Уильяма Ослера, высказанную им в начале XX столетия: «зачастую важнее знать какая личность имеет ту или иную болезнь, чем какую болезнь имеет та или иная личность».

Динамика психологических особенностей онкологического больного

Динамика психических изменений онкологических больных тесно связана с этапами основного лечебного процесса и зависит от преморбитных особенностей их личности.

На диагностическом и предоперационном этапах у больных с раком легкого доминируют выраженные тревожно-депрессивные состояния, сменяющиеся в последствии расстройствами преимущественно астенического характера. Депрессивная симптоматика сочетается с отчетливо выраженной аутизацией. Больные замыкаются в себе, становятся менее контактными, более погруженными в свой внутренний мир. Эмоциональная уплощенность, обедненность сочетается с лабильностью, хрупкостью. Диагностический этап у больных раком яичка носит весьма умеренный характер; состояние реактивной депрессии на этом этапе отмечается у небольшой части больных. Состояние больных существенно меняется после госпитализации в онкологический стационар. На фоне стойко пониженного настроения отмечаются весьма выраженные колебания депрессии. Специфическим сквозным симптомом выступает различной степени астения (проявляется в виде быстрой истощаемости, ранимости, слабодушия, слезливости). У мужчин чаще доминирует астено-ипохондрический синдром, у женщин — депрессивный. Усиление депрессии обычно сопровождается тревогой с доминированием в клинической картине не заторможенности, а возбуждения. В послеоперационном периоде состояние постепенно улучшается к моменту выписки из стационара, симптоматика значительно нивелируется. Депрессия постепенно устранивается, притупляется аффективность, больные становятся более равнодушными, суживается диапазон событий, представляющих для них эмоциональную значимость. И к себе и к окружающим больные становятся менее требовательными. В катамнестическом периоде (в период пребывания дома после выписки) выявляются своеобразные личностные особенности, которые можно охарактеризовать как патохарактерологическое развитие. Больные становятся более пассивными, инертными, суживается круг их интересов, актуальных мотивов (даже при сохранении привычного образа жизни для них меняется смысл выполняемой деятельности). Доминирование ведущего мотива сохранения жизни накладывает отпечаток на особенности восприятия, мышления, переструктурирует систему ценностей, все мироощущение. Формируется ограничительное поведение, снижается жизненная активность, возникают разнообразные «уходы» (в болезнь, семью, хобби, др.). Второй депрессивный пик приходится на период 7-12 ме-

сяцев после операции и связан с повторным поступлением в клинику для продолжения лечения. Изменение оценки при депрессивных состояниях — это не снижение оценки, а изменение смысла, отношения к объектам, формирование новых оценочных категорий. Для состояния реактивной депрессии онкологических больных характерно то, что с более низкой, чем в норме, оценкой негативных объектов присутствует и высокая оценка положительных объектов. Даже выраженная депрессия не лишает пациентов надежды на благополучный исход болезни, мрачные прогностические мысли вытесняются из сознания («отчуждается собственная болезнь»).

По данным Sellschopp A. (1990) социальные факторы (профессиональная стабильность, постоянство взаимоотношений и пр.) имеют большое значение для качества жизни больных.

Исследования, проведенные в Великобритании, показали, что онкологические больные с внутренней установкой на выздоровление и «волей к жизни» надолго переживают пессимистично настроенных товарищей по несчастью, их жизнь имеет более высокое качество, приносит им радость. В другом исследовании Карл Саймонтов (руководитель Далласского центра онкологических исследований и консультаций в штате Техас) обратил внимание, что иногда пациенты, утверждавшие, что хотят жить, вели себя так, словно жизнь им была в тягость. Больные раком легких, например, не бросали курить, а те, у кого был рак печени, продолжали пить. Такие пациенты находились в состоянии апатии, готовности отказаться от борьбы, и прогноз их состояния был хуже, чем у некоторых смертельно больных, которые имели сильную «волю к жизни», сотрудничали с врачом и еще многие годы являлись раз в полгода или в год на очередное обследование, вопреки всякой статистике оставались в достаточно хорошей физической форме. Принимавшие участие в борьбе за свое здоровье пациенты в психологическом плане становятся гораздо сильнее, чем до болезни. Столкнувшись с реальной угрозой смерти и необходимостью взглянуть на важнейшие вопросы жизни, узнав, что они в силах воздействовать на собственное здоровье, они выходили из этого кризиса с ощущением собственной силы и способности влиять на свою жизнь.

Rogentine (1979) наблюдал за больными с меланомой II стадии с пораженными лимфатическими узлами. С помощью психологического опросника выяснялось, отвергали ли больные свое заболевание и эмоционально обесценивали его или проявляли сильные эмоциональные реакции по поводу заболевания. Сильно эмоционально реагировавшие больные через год проявили мень-

шую склонность к рецидивам, чем реагиовавшие путем отвержения, психологической защиты (внешне последние, казалось бы, без затруднений приспособились к болезни). Впрочем, для прогноза имело значение число пораженных метастазами лимфатических узлов во II стадии болезни: при наличии более 7 пораженных узлов корреляция с реакциями приспособления переставала быть очевидной.

Таким образом, особенности личности человека влияют на динамику его психического и телесного состояния в период заболевания раком.

«Работа скорби»

Осознание пациентом неблагоприятного прогноза болезни, особенно при онкологической патологии, приводит, как правило, к длительной и тяжелой депрессии. В связи с этим в отечественной медицине существует деонтологическая норма не сообщать пациенту о возможном смертельном исходе. Однако, как правило, инкурабельные больные получают травмирующую их информацию по другим каналам, при этом неполная вербальная информация в сочетании с трагической невербальной экспрессией близких и избегающим поведением медперсонала оказывает негативное влияние на больного. Процесс психологической переработки негативной информации пациентом назван в работе Кюблер-Росс Э. термином «работа скорби». Этот процесс имеет несколько стадий, продолжительность и различную степень выраженности.

1-я стадия — шоковая. Пациент охвачен аффектом, возможность рационального реагирования практически сведена к нулю. Интенсивность шоковой эмоциональной реакции в ее внешнем проявлении тесным образом связана со способностью к эмоциональному контролю и выражается в тревоге, страхе, депрессии.

2-я стадия — отрицания. «Нет, не я!». Включаются механизмы защиты «Я» (отрицания и вытеснения). Пациент отрицает очевидное, уверяя себя и близких, что «все пройдет», «все хорошо».

3-я стадия — бунта и протеста. «Почему именно я?». Реальность частично осознана, происходит новая волна мобилизации аффекта. Гнев изливается на заботящихся о больном людях, на всякого здорового человека. Важно излить свои чувства вовне. Часто наблюдаемое экстрапунитивное реагирование с обвинениями в адрес медперсонала спасает от внутреннего конфликта и самообвинительных реакций. В этот период возможен категорический

отказ пациента от дальнейшего лечения и сотрудничества с врачом.

4-я стадия — торга. Больной вступает в переговоры за prolongation своей жизни, обещая, например, быть послушным пациентом или примерным верующим.

5-я стадия — депрессия. На этой стадии происходит развертывание классической клинической картины реактивной депрессии. Это стадия подготовительной печали, на которой умирающий отрывается от жизни и готовится встретить смерть, принимая ее как свой последний жизненный этап. Это принятие смерти составляет финальный этап жизни. Жизнь уходит поэтапно — в обратном порядке по сравнению с тем как она развивается. Пэттисон (1977) выделил четыре стадии этого процесса: социальная смерть (усиливается социальная изоляция), психическая (осознание очевидного конца, экстравертированное сознание угасает), мозговая, физиологическая.

*Влияние социальных факторов (травмирующих событий),
социального окружения на вероятность и протекание
онкологического заболевания*

По результатам предварительных исследований (Schmale A., Iker V., 1969), которые, однако, не подтверждены другими исследователями, отягощающие жизнь изменения в результате смерти близкого человека или других потерь, пережитых в преддверии заболевания, а также реакции безнадежности и полного отказа от своих интересов — являются факторами, вызывающими у женщин заболевание раком шейки матки. Сходные ситуации описаны у женщин с раком молочной железы и у мужчин с раком бронхов.

У молодых женщин, перенесших операцию по поводу рака молочной железы, в детстве чаще отмечались трудности в связи с утратой значимого объекта и обусловленные этим страхи.

У женщин с предрасположенностью к раку молочной железы описывается неспособность проявлять свои чувства и изливать свой гнев. Эти женщины обычно внешне выглядят более приспособленными к жизни, социально адаптированными.

Выявлена взаимосвязь эмоций, центральной нервной системы и иммунной системы. Bartrop и соавт. (1979) обнаружили у овдовевших супругов спустя пять недель после смерти партнера отчетливое ослабление иммунной системы (токсическая зернистость лейкоцитов). Greens (1966) установил влияние травмирующих жизненных событий и трудностей в преодолении конфликтов

на иммунную систему. Grossarth-Maticek (1980) исходит из того, что канцерогены синергично взаимосвязаны с психосоциальными факторами.

Личность, рискующая заболеть онкологическим заболеванием, этиологически связывается с отягощающими переживаниями в детстве (Becker Н., 1979), с жестоким детским опытом холодного отношения со стороны близких при раке легкого (Kissen D., 1967). Однако, не является ли ретроспективная негативная интерпретация собственной жизни соматопсихическим проявлением онкологического заболевания?

Перед началом злокачественного заболевания нередко обнаруживаются неудачи на работе или тяжелое переживание в связи с потерей близкого человека, в которого он вложил всего себя. Типичный западный раковый больной часто культивирует еще до заболевания исключительные отношения только с одним человеком, игнорируя широкие социальные контакты. Если по какой-то причине он теряет этого человека («ключевую фигуру»), то выходит из психофизического равновесия.

Многие события жизни и их интерпретация могут рассматриваться и как следствие, и как предвестники заболевания, что затрудняет исследование причинно-следственных взаимоотношений.

Онкологические больные часто ощущают себя покинутыми. Иногда они с головой уходят в работу. Поскольку для онкологических больных характерен статический тип установки, то можно говорить о некоторых трудностях адаптации данного контингента к окружающей среде.

Результаты исследования особенностей реакций онкологических больных на фрустрирующие ситуации показывает наличие у них агрессии, направленной к внешнему миру, снижение способности адекватной оценки возникающих в ходе деятельности человека препятствий. Все это часто становится причиной возникновения интерперсональных и глубоких внутренних конфликтов. Реакции больных направлены на защиту своего «Я», сохранение своего места и своих прав «нормального существования» среди людей.

Семья и рак

Диагноз «рак» для семьи является тяжелым испытанием. Ей нужно перенести свалившееся на всех горе, пройти путь от диагноза до выздоровления или смерти, оказать поддержку больному, наладить продуктивные отношения с медиками.

Стресс может способствовать объединению семьи или ее развалу. Обычно медики сосредотачивают свое внимание на больном, близкие же не всегда получают необходимую и им поддержку, правильного представления о болезни. Много сил семьи требуется на обеспечение ухода в условиях дефицита денег и времени. В связи с болезнью в семье происходит перераспределение ролей. Ломается привычный уклад жизни, сдвигается шкала ценностей. В семье укоряется страх перед будущим, стресс ожидания, боль при виде страданий близкого человека. В дальнейшем каждая семья по своему адаптируется к болезни одного из своих членов.

Онкологическое заболевание меняет все социальные взаимоотношения и весь ход жизни пациента. Наиболее часто встречающаяся форма взаимоотношений онкологических больных и социального окружения носит характер игры «хищник-жертва» (транзактный анализ Эрика Берна). Возникающее желание относиться к онкологическому больному как к маленькому связано со стремлением стать его «спасителем». «Спасая» кого-то, кажется, что ты помогаешь этому человеку, но на самом деле поощряешь его слабость и бессилие, порождая вынужденную беспомощность. Часто родственники больного попадают в эту ловушку. Со временем больной начинает чувствовать к ним злость и обиду за то, что им манипулируют. Родственники, принеся в жертву свои интересы, в свою очередь начинают чувствовать враждебность к больному, которая в свою очередь порождает чувство вины за эту враждебность к больному человеку. В результате такого взаимодействия не выигрывает никто.

Больной тоже может принять на себя роль спасителя. Чаще всего это происходит, когда он оберегает окружающих, пряча от них свои страхи и тревоги. В этот момент он начинает чувствовать себя особенно одиноким. Их пугает длительный тяжелый период, который истощает больных и друзей как эмоционально, так и материально.

Когда больной пытается заговорить о безнадежности своего положения, он чаще всего слышит: «Не говори так, ты будешь жить!» Поскольку человек не может обсудить волнующие его вопросы даже с близкими людьми, то его невыраженные во вне страхи продолжают копиться и разрастаться. Его родственники также не приобретают опыта внешнего отреагирования своего страха смерти, способствуя усилению его власти над собой. В нашем обществе тема смерти все еще остается запретной. Не имея возможность открыто ее обсуждать и признать факт смерти мы порождаем многочисленные страхи, связанные с ней мифы, оставаясь психологически неподготовленными к ее приближению.

Grotay С.С. (1984) отмечал, что супругов больных раком мучает страх заразиться и заболеть. Chektyн J. (1984) наблюдал, что рецидив рака у жены вызывал у мужа страх, чувство несправедливости, неуверенности в своем будущем. Особенно трагично переживается заболевание ребенка. Kaplan D.M. (1980) считает, что 87% семей не может адаптироваться к диагнозу лейкемии у малыша. При этом родители иногда сближаются, иногда отдаляются друг от друга. Редко, но все же наблюдается отвержение ребенка. У здоровых братьев или сестер появляются психологические проблемы — ревность, страх заболеть и умереть.

III. Необходимость психологической помощи онкологическим больным

Прежде чем рассмотреть вопросы психологической профилактики онкологических заболеваний и психологической реабилитации уже заболевших нужно обозначить на основании выше проведенного обзора релевантных научных исследований понятие психологические «мишени» воздействия.

«Мишени» психологического воздействия при работе с онкологическими заболеваниями

В настоящее время активно изучаются: (а) психологические предпосылки возникновения онкологического заболевания (на основании психологических критериев выделяются группы риска); (б) своеобразие психологического портрета заболевшего как следствие влияния телесного заболевания на психику (соматогенное влияние соматического заболевания на психику) и как следствие личностной реакции больного на диагноз, который ему поставили (психогенное влияние заболевания на психику); (в) типологические свойства пациентов как следствие их лечения (например, регрессивное развитие личности как следствие изоляции, бездеятельности или иных связанных с особенностями болезни и ее лечения неблагоприятных жизненных ситуаций).

Рассмотренные выше психологические факторы возникновения онкологического заболевания выступают в качестве своеобразной «мишени» профилактического воздействия на население.

Выявленные взаимосвязи между телесным состоянием пациента и его психологическими особенностями делают эти психологические особенности «мишенью» профессиональной работы психолога, включенной в комплексный план лечения и реабилитации пациента.

*Можно ли управлять динамикой психического
состояния онкологического больного и тем самым влиять
на состояние его тела?*

На протяжении последних десятилетий в США популярно понятие «овладение стрессом» и много в этом направлении проводится исследований.

Упомянувшееся выше исследование Матичека Г. и Айзенка Г.Ю. позволило также проверить гипотезу: смертность от раковых заболеваний изменяется, если в последующем человек найдет в себе силы справляться со стрессовыми ситуациями. Эта гипотеза подтвердилась. Ученые дали научно обоснованное подтверждение, что людей можно научить более свободно выражать социально приемлемым способом свои эмоции. Использовался авторский психотерапевтический прием обучения в контексте поведенческой психотерапии. Под наблюдением находились 100 человек (здоровые люди, но по результатам опроса отнесенные к группе риска в отношении предрасположенности либо к раку легких, либо к ИБС). Группа эта была разделена на 50 пар, каждую из которых составляли лица одного пола и возраста. Затем путем случайного отбора одного из пары направляли в психотерапевтическую группу; с другими никаких занятий не проводилось. Через 13 лет были получены следующие результаты. В контрольной группе от рака легкого умерло 16 человек. В экспериментальной — ни одного. В контрольной группе 21 человек заболел раком легкого. В экспериментальной — 13. Смертность от других причин составила в первой группе 13 человек, во второй — 5. Наблюдаемые своих привычек в отношении курения не меняли.

У исследователей возник еще один вопрос: не может ли подобное обучение контролировать стрессовые ситуации, продлить жизнь тому, кто уже болен раком. 24 таких пациентов разделили на пары. И с одним из пары проводили обучение, другой получал традиционный курс лечения. Средняя продолжительность жизни (с момента наблюдения) составила у первых чуть более 5 лет, у вторых — чуть более 3.

Аналогичные исследования и с теми же результатами выполнил профессор Шпигель (Spiegel D., 1989) из Стенфордского университета. Работа проводилась с группой женщин (150 человек) на терминальной стадии рака молочной железы. Одни из них отказались участвовать в эксперименте (1 подгруппа), другим активно проводилась химиотерапия (2), третьи прошли через групповую психотерапию (3) и у последних (4) лекарственное лечение сочеталось с психотерапией. В 1-й группе продолжительность жизни со-

ставила 11 месяцев, во 2-й — 14, в 3-й — 15, в 4-й — 22 месяца. Значит, опять речь идет о синергизме воздействующих факторов, и, кроме того, несомненно увеличение эффекта воздействия лекарств при проведении психотерапии (больные, принимавшие участие в психотерапии с тренингом самогипноза для снятия болевых ощущений, проявляли взаимную поддержку, которая выражалась в особой форме восприятия и принятия болезни).

Имеются прямые указания на более продолжительную жизнь больных раком молочной железы, если они могут проявлять свои агрессивные тенденции вообще и против лечащих врачей в частности. Путем повышения внутренней сопротивляемости и создания установки на активную борьбу можно оказать помощь некоторым больным раком (Nakagawa S., Ikemi Y., 1977).

Таким образом, обнаружена причинно-следственная связь «стресс-рак» и психотерапия (как индивидуальная так и групповая — этот аспект тоже специально исследовался) оказалась очень эффективной в профилактическом плане. Раковые болезни можно предотвращать или хотя бы сдвигать начало заболевания к более поздним срокам. Физические процессы, идущие в организме, оказываются под выраженным влиянием психологических, именно поэтому лечению подлежит не только тело, но и разум.

Психология горя. Психогенное влияние заболевания на психику

«Работа скорби» может быть рассмотрена в контексте психологии горя. Горе — это реакция на любую потерю. Иногда горе сводится к страданию или унынию (которые можно рассматривать как синонимы), хотя является комбинацией эмоций и аффективно-когнитивных структур, включающей в себя страдание, страх, вину, гнев и пр.

Главной причиной горя является утрата. Факторы, определяющие горе, условно могут быть разделены на биологические, культурные и психологические. Горе — биологическая реакция, эволюционное значение которой в обеспечении групповой сплоченности у тех видов, для которых общественная форма существования необходима для выживания.

Социокультурные факторы влияют на переживания и мотивационные явления, связанные с горем (так в культуре Микронезии переживание горя в связи со смертью близкого интенсивно, но кратковременно как у приматов). Одной из наиболее значимых культурных детерминант горя является утрата роли из-за разрушения функциональных связей в результате потери значимого человека.

Психологические причины горя связаны с аффективными привязанностями к людям, предметам или идеям. Разлука или утрата объекта привязанности означает утрату источника радости и возбуждения, и в зависимости от возраста человека и природы объекта, утрату любви, уверенности и чувства благополучия.

Функции горя. Горе заразительно и вызывает сочувствие, усиливает связь между теми, кто понес утрату. Обладает приспособительным значением для индивида (дает возможность превозмочь себя и приспособиться к потере). Способствует восстановлению личностной автономии. Горе является адаптивным поскольку действует как мотивация к обретению утраченного объекта вновь.

Клиника острого горя

Одна из первых работ по этой проблематике — это статья Эриха Линдемманна (1844), немецко-американского психиатра. Основные положения его работы:

- острое горе — определенный синдром с психологической и соматической симптоматикой;
- этот синдром может возникнуть сразу после кризиса, может быть отсроченным, может явным образом не проявляться или, наоборот, проявляться в чрезмерно подчеркнутом виде;
- вместо типичного синдрома могут наблюдаться искаженные картины, каждая из которых представляет какой-нибудь аспект синдрома горя;
- эти искаженные картины соответствующими методами могут быть трансформированы в нормальную реакцию горя, сопровождающуюся разрешением.

Симптоматика нормального горя

(нормального в клиническом и статистическом смысле)

Физические ощущения (периодические приступы физического страдания, длящиеся от 20 мин до I часа): спазмы в горле, припадки удушья с учащенным дыханием, постоянная потребность вдохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы, изменение аппетита, чувство «зажатости» в грудной клетке, повышенная чувствительность к шуму, чувство деперсонализации («мое тело — это будто бы не я»), нехватка энергии, сухость во рту. Это физическая симптоматика, сопровождающая психологические пробле-

Когнитивные (познавательные) процессы: неверие, что произошла утрата; ощущение спутанности мыслей, трудности с концентрацией внимания, забывчивость, навязчивые мысли об утрате, ощущение присутствия утраченного (например, ощущение присутствия умершего). Возможны галлюцинации (слуховые, зрительные), что свидетельствует об осложненном горе. Наблюдается также легкое чувство нереальности, ощущение увеличения эмоциональной дистанции. Некоторых очень тревожат подобные реакции; им кажется, что они начинают сходить с ума.

Поведение: торопливость в речи, непоседливость, бесцельные движения, болезненная неспособность начинать и поддерживать организованную деятельность. Все делается без интереса. Повседневные дела выполняются с усилием. Утрачиваются привычные навыки общения. Иногда — неустойчивость, чрезмерная нагрузка себя работой, поиски утраченного (обращение вслух, про себя, попытки найти). Попытка избежать влияния воспоминаний об утраченном (некоторые выбрасывают все, что напоминает о потере; избегают контактов с другими людьми). Изменение пищевого поведения: потеря аппетита, переедание, тупое пищевое поведение. Нарушение сна: боязнь заснуть, страх сновидений или боязнь одиночества в постели (эти нарушения сна при нормальном процессе горевания проходят через несколько недель). Утрата теплоты при общении с другими; тенденция разговаривать с ними с раздражением и злостью; желание, чтобы его вообще не беспокоили. Если эта враждебность сдерживается, то наблюдается искусственная, натянутая манера общения. В случае горя из-за смерти близкого, может наблюдаться (в результате идентификации) появление у пациента черт умершего, особенно симптомов его последнего заболевания или манеры его поведения в момент трагедии.

Чувства. У пациента в состоянии горя могут наблюдаться различные эмоции:

гнев — из-за фрустрации, чувства беспомощности, как результат прошлых переживаний; направлен на себя (вплоть до попытки самоубийства), на других (обвинение окружающих);

вина — связана с тем, что было или не было сделано, чаще это не рациональное чувство;

тревога — от легкого ощущения небезопасности до паники (источник — неуверенность в своем будущем, идея собственной смерти и др.);

одиночество — особенно в случае потери близкого;

беспомощность — особенно в случае вдовства;

шок — в случае неожиданной потери, например, смерти близкого;

освобождение — например, в случае смерти, если с умершим раньше были плохие отношения или он требовал тяжелого ухода;

застывание — часто встречается на начальных этапах горевания (особенно если потеря неожиданна; важно, чтобы застывание не было затяжным).

Для горя патогномичными являются следующие 6 признаков: (1) физическое страдание, (2) поглощенность образом (умершего), (3) вина, (4) враждебные реакции, (5) утрата моделей поведения, (6) появление у пациента черт умершего.

Ход нормальных реакций горя

Продолжительность реакции горя определяется тем, насколько индивид успешно осуществляет работу горя, насколько вновь приспосабливается к окружающему, формирует новые отношения. Одно из основных препятствий — пациенты пытаются избежать сильного страдания, связанного с переживанием горя и уклониться от выражения эмоций, необходимого для этого переживания.

Пациенты должны принять необходимость процесса горевания, разрешить себе погоревать, поскольку только после этого они смогут смириться с болью тяжелой утраты.

В случае синдрома предвосхищения горя также можно обнаружить самые настоящие реакции горя у пациентов. Одна пациентка была так сосредоточена на том, как она будет переживать смерть мужа, что прошла через все стадии горя — депрессию; поглощенность образом мужа (в связи со смертью, которая могла постигнуть его); предвосхищение всех способов приспособления, которые оказались бы необходимыми в случае смерти мужа. Такого рода реакции могут предохранить от удара неожиданного известия о смерти, но также могут стать и помехой восстановлению отношений с оставшимся жить человеком.

Обычно наблюдаются следующие стадии горевания:

а) при сообщении смертельного диагноза:

- шок
- неприятие информации (игнорирование)
- агрессия
- торг
- принятие ситуации

б) при смерти близкого:

- застывание
- тоска по умершему, отвергание акта смерти, гнев на что и кого угодно

- фаза дезадаптации и отчаяния
- реорганизация отчаяния.

Об осложненном горевании нет смысла говорить раньше чем, через год или полтора года после потери. Факторы, вызывающие осложненное горевание (в случае потери близкого):

- ситуативные факторы — недовыясненность факта смерти
- одновременно несколько потерь
- факторы индивидуальной истории
- социальные факторы
- отношенческие факторы
- личностные факторы.

Факторы индивидуальной истории:

- если что-то не отгоревали, то следующие случаи будут все более сложными;
- ранняя потеря родителей;
- качество отношений с родителями, особенно с матерью.

Социальные факторы:

- изоляция;
- социально неодобряемая смерть (например, самоубийство);
- невозможность отправления ритуалов, социального горевания.

Отношенческие факторы:

- высокая амбивалентность отношений с покойным;
- высокая степень нарцисстичности клиента;
- нездоровая созависимость.

Личностные факторы:

- люди, неготовые выдерживать сильные переживания (по типу застревания);
- мера способности человека испытывать зависимость. Людям, не впускающим себя в отношения зависимости, трудно расслабиться, поплакать, опереться на чье-то плечо.

IV. Психопрофилактика онкологических заболеваний

В 1965 г. на конференции психологов и общественных служб психического здоровья в Swampscott (штат Массачусетс, США) зародилась «коммунальная психология» как самостоятельное направление. Это направление стало реакцией на сверхдорогое лечение, неэффективность психотерапии как исключительного средства психологического вмешательства.

В теоретическом плане психология общностей осуществила смещение фокуса от классической психопатологической модели,

нозологических единиц к «жизненным проблемам», социальным проблемам. В центре внимания — функционирование индивида в социальных группах, организациях и общности в целом. Целью программ общественного психического здоровья стало формирование социальной компетентности населения, направленности на успех, на поддержание и «выращивание» своего здоровья.

Благодаря принятию позитивного определения здоровья в психологии как и в медицине, наряду с патоцентристским подходом (борьба с болезнями, неблагополучием) начал утверждаться саноцентристский подход (направленность на здоровье, благополучие, позитивные цели и их обеспечение). Появление саноцентристского подхода и расширение сфер его применения меняет парадигму мышления, до недавнего времени господствующую в современной культуре и основанную на принципах «патологии», на том что в человеке неправильно.

В 1977 г. определение здоровья, зафиксированное в 1946 г. Уставом ВОЗ, было дополнено таким аспектом, как «социальная и экономическая продуктивность» («... достижение ... состояния здоровья населения всего мира, при котором народы смогут вести продуктивную в социальном и экономическом смысле жизнь»).

Коммунальная психология активно использует законы научения в программах модификации поведения. Поведение, паттерны жизненного стиля рассматриваются как фактор риска заболевания. Clausen I. (1966) операционализирует концепции психической болезни и здоровья в терминах теории социального действия, выделяя такие проблемы, как институционализация лечения, аттитюды к больным в обществе, отношение между депривацией больных и отчуждением. В центре модели Kaplan H. (1972) три основных понятия: культура, статус-роль и социальные отношения.

Психологические мишени для поддержания общественного здоровья выбираются в зависимости от направленности программы лечения и профилактики (специализированная помощь, например, при наркомании, алкоголизме, туберкулезе, раке и пр.), характера социальной общности, на которую нацелено воздействие (семья, учреждение, общество в целом, население города, района, др.), данных психосоматических исследований (о влиянии психологических факторов на соматическое состояние), контекста культуры (транскультурная психосоматика, социопсихосоматика). Так при проведении профилактических мероприятий в сфере профессиональной деятельности граждан приходится иметь дело с культурой предпринимательства, организационными конфликтами, социально-психологическим климатом в организации и ее подразделениях, уровнем психологической совместимости и

срабатываемостью сотрудников, а при разработке психологических программ, нацеленных на семью — с динамикой и структурой семейной системы, распределением семейных ролей. При реализации программ на общегосударственном уровне мишенью психологических программ с целью поддержания общественного здоровья может стать общественное настроение, обычаи, культурные стереотипы, межнациональные и классовые конфликты, информационные потоки (так отечественными психологами зафиксировано массированное использование средствами массовой информации таких манипулятивных воздействий, как различные виды суггестии, нейролингвистическое программирование, агрессивное вторжение как тип активного навязываемого воздействия, нагнетание социальных страхов и пр.), цветовая и звуковая среда обитания человека и пр. Поскольку психологические мишени воздействия меняются, меняются от проекта к проекту и используемые в них психотехнологии. Разработкой таких психотехнологий клинические психологи занимаются совместно с социальными, детскими, педагогическими, медицинскими психологами, специалистами в области психологии труда, этнопсихологии и др. (разработка таких технологий входит в содержание их научной и практической работы).

Обучение часто бывает направлено на модификацию поведения пациента, поскольку многие болезни цивилизации связывают с поведением человека. В связи с этим изучается поведение, связанное со здоровьем (ПСЗ), чтобы сделать процесс управляемым. Выделяют следующие его детерминанты: персональные (когнитивные, персональные характеристики, стиль жизни), семейные, социальные (социальные групповые характеристики и ПСЗ; поддержка социума, «сети» социальной поддержки и ПСЗ; социальные роли). Применительно к социальным ролям зарубежными специалистами разработаны Концепция роли больного, Концепция легитимизации роли больного, изучается тема «Гендер и ПСЗ». При ПСЗ человек верит, что он здоров и практикует такое поведение, которое поддерживает этот его статус. При этом учитываются понимаемые им выгоды от «правильного» поведения, минус затраты на риск. Понимание угрозы того или иного поведения и опасности его для здоровья влияет на возможность демонстрировать это поведение. На понимание угрозы оказывается давление со стороны ближайшего окружения. В некоторых случаях для сохранения здоровья необходимо изменение стереотипов поведения. Знания, отношения, верования и стереотипы поведения поддаются количественной оценке комплексом индикаторов (ЗОВПС), вычисляются количественные показатели здоровья.

Психологическими мишенями для общественного здравоохранения в программах профилактики онкологических заболеваний являются такие свойства и состояния человека как: чрезмерная психическая зависимость от других людей, пассивность, слабая способность в социально приемлемых формах выражать свою эмоциональность (подавление своих переживаний), депрессия, безнадежность, тяжелейшая реакция на стресс, одиночество.

В процессе реализации государственных программ, направленных на поддержание общественного здоровья, необходима разработка для разных групп населения программ по развитию активного отношения к жизни, ответственности за свою жизнь, позитивного мышления, оптимистичного отношения к жизни, коммуникативных навыков, обучению саморегуляции своих эмоциональных состояний, поведению (ПСЗ), навыкам самопомощи в стрессовых ситуациях, организации групп социальной поддержки, укреплению семьи, улучшению психологического климата в обществе, в организациях, др.

V. Психологическая составляющая лечебного процесса

Комплексный подход к лечению онкологических больных предполагает и психологическую поддержку этого процесса, участие в нем клинического психолога.

Продолжается работа со специфическими психологическими мишенями воздействия на онкологических больных, поддерживается их воля к жизни, их активное соучастие в лечебном процессе. Кроме того, оказывается неспецифическая психологическая помощь больным и их семьям, направленная на устранение последствий их реакции на болезнь и диагноз. В зависимости от реагирования на сообщение о неизлечимой болезни Гнездилов А. (1992) выделил 5 типов личности; для работы с каждым предложены рекомендации медицинскому персоналу.

Американские врачи предложили термин «мягкая правда», которая заключается в том, что заболевшему сообщается правда о его болезни постепенно с возможными путями отступления. Кроме того, в процессе общения необходимо выяснить насколько пациент хочет знать правду. Его нельзя обманывать, но также необходимо избегать в некоторых случаях излишней откровенности. Общение на основе правдивости в сочетании с постоянной поддержкой и подбадриванием ведет к поддержанию надежды.

Наша дипломница (студентка факультета высшего сестринского образования) Мурзина И.В. в 2001 г. провела опрос больных онкологического отделения Раменской ЦРБ. По результатам ее

опроса для 90% больных диагноз стал полной неожиданностью (50% из них испытали шок, сильный страх; 40% не поверили, что это правда; 10% пережили заторможенность, депрессию). Из них только 24% больных сразу сказали о свалившемся на них горе своим родственникам. 10% получили полную поддержку семьи и друзей, 50% почувствовали отстраненность со стороны своих коллег, большинство часто чувствуют свое одиночество (даже, если их навещают в больнице). На вопрос «Хотели бы вы сразу узнать правду о своем диагнозе?» все опрашиваемые однозначно ответили «да» (свой ответ они мотивировали тем, что лучше сразу знать свои шансы на выздоровление и не питать напрасных иллюзий, чтобы успеть свыкнуться со своим «новым» положением, что-то успеть сделать). В 1997г. таких было 70% среди опрашиваемых больных, 60% — среди опрашиваемых студентов-медиков, 30% — среди медицинских работников (дипломная работа И.С. Савранской). Все опрашиваемые хотели бы побеседовать с психологом.

В задачи психолога уже на первых этапах лечебного процесса входит — помочь больному отгоревать потерю им своего здоровья, организовать ему социальную поддержку.

Психологическая помощь семье

Врач должен признать семью как помощника и потребителя медицинской помощи. Семье нужно обеспечить полную информацию о течение болезни, состоянии больного, ходе лечения и прогнозе. Важно помочь разобраться, что означает болезнь для каждого члена семьи.

Необходимо особое внимание к неблагополучным семьям.

В интересах пациентов полезно создание групп поддержки их семьям (для организации этой работы приглашаются психологи), телефонных служб («вопрос-ответ»), психотерапевтических консультаций.

Памятка семье умирающего

1. Не забывайте, что Ваш родной нуждается в вашей поддержке, а Вы в его. Все должно быть взаимно.
2. Ваши чувства не могут быть «приличными» или «неприличными», «зрелыми» или «незрелыми» — это просто чувства. Научитесь не винить себя за них.
3. Научитесь относиться к больному с пониманием, терпением и состраданием.
4. Разрешите выражать ему свои чувства и даже поощрять их.

5. Обсуждайте, по инициативе больного то, что его тревожит в настоящий момент — страх, боль, смерть, чтобы у него не возникло чувство одиночества.
6. Научитесь просто слушать его, не давая оценки.
7. Важно пережить все трудности вместе.
8. Не бойтесь поделиться своими чувствами.
9. Почаще обнимайте и дотрагивайтесь до родного вам человека.
10. Не пытайтесь влиять на то, что чувствует больной. Какие бы не были чувства больного и Ваши — это нормально.
11. Просто спроси его : «Могу ли я тебе как-то помочь?».
12. Не пытайтесь отгородить близкого от домашних дел, если ему это под силу. А если он ослаблен, дайте понять, что очень нуждаетесь в его помощи.
13. Помолчите вместе.
14. Поощряйте здоровье, а не болезнь: не лишайте больного возможности заботиться о себе, обращайтесь внимание на любое улучшение, продолжайте проводить время в беседе с больным, когда он начнет поправляться.
15. Важно верить, что близкий может поправиться.
16. Поддерживайте, не стараясь «спасти».
17. Честно и открыто обсуждайте вероятность рецидива и смерти больного.
18. Станьте союзниками в борьбе против болезни.
19. Доверяйте медицинским работникам, оказывающим помощь больному. Попросите объяснить Вам особенности болезни, научитесь элементарным медицинским навыкам.
20. Консультация психолога поможет создать атмосферу открытости и безопасности, лучше понять друг друга.
21. Соприкасаясь со смертью, Вы обнаружите, что она перестала казаться Вам такой страшной.

Медицинская педагогика

Медицинская педагогика — новая междисциплинарная область научного знания и практики, возникшая на основании эмпирически подтвержденной эффективности специального обучения больных злокачественными опухолями (а также, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями).

Зарубежный опыт свидетельствует, что пациент должен понимать суть диагноза своего заболевания, цели лечения, представлять его результат, характер и преимущества назначенных препа-

ратов и процедур. Это повышает вероятность выполнения врачебных процедур. Пациента надо научить выполнять эти рекомендации (иначе он может хотеть, но не суметь их реализовать). В письменные руководства для пациентов вносятся планы самоконтроля, которые содержат четкие предписания о том, что и в каких случаях надо предпринимать. Специальные брошюры с планами самоконтроля своего состояния вручают пациентам. Чтобы усилить эффект устных рекомендаций в настоящее время предлагаются аудио- и видеозаписи.

Успех обучения зависит от умения сформировать у пациента мотивацию на учебу, уверенность в своих возможностях, направленность на восприятие новой информации, от умения вовлечь больного в тренировку навыков самоконтроля. Для этого используют разнообразные педагогические приемы, направленные на усвоение и закрепление знаний и умений.

Обучение должно отвечать запросам каждого обучаемого, соответствовать его потребностям, не противоречить идеалам и ценностям. Значение предоставляемой информации должно осознаваться человеком, органично сочетаться с его индивидуальными целями, в противном случае информация будет сознательно или бессознательно отвергнута. Личное осознание целей, задач и возможностей их реализации пациентом должно быть постоянным. В конце каждого занятия обучающиеся дают свою оценку тому, что они делали в течение занятия, насколько это занятие было эффективным для достижения цели. Процесс обучения должен быть оптимальным по времени и по объему информации. Сложность обучения не должна превышать возможностей обучаемых. Лучше повторить занятие, чем оставить что-то неувоенным и перейти к следующему этапу. Необходимо чередовать усвоение теоретического материала, практическую работу и отдых (перерывы). Обучение должно оставлять чувство непрерывности: занятия дополняются индивидуальным выполнением домашних заданий. Каждая новая информация базируется на уже усвоенных знаниях и умениях, предполагает продолжение обращения к ней на последующих занятиях.

Процесс обучения сочетается с самонаблюдением, самоконтролем, осознанием ответственности за результаты. Чем больше обучение имеет позитивных последствий для личности, чем больше оно приносит пользы, удовлетворения, тем оно эффективнее. Предпочтительной стратегией преподавателя является заострение внимания на успехах, поощрение инициативы.

В процесс обучения следует включать все репрезентативные системы человека, использовать яркий иллюстративный материал, понятные схемы, аудиоматериал.

Групповые формы обучения (по 5–7 человек) способствует использованию закономерностей викарного научения.

Принципы психологического ухода за неизлечимым больным

Мужчины и женщины зачастую подходят к самому важному часу своей жизни без любви, не успокоенными и не примеренными, а униженными, несчастными и иногда озлобленными. И рождение и умирание в настоящее время в отечественной культуре перестало быть таинством. Человек, передоверив себя Минздраву, получил иллюзорное освобождение от таинства смерти, от необходимости готовиться к этому моменту (как своему, так и своих близких). Да и тему смерти как-то не принято затрагивать в разговоре, она вытесняется из общественного сознания. Подростающее поколение оберегается от раздумий о смерти; утрачено мужество говорить о ней и в зрелом возрасте. Старость и смерть в западном обществе (в отличие от стран Азии) рассматриваются как поражение, болезненное напоминание об ограниченности власти над природой.

В настоящее время в нашей стране организуется сеть специализированных учреждений — хосписов. Они оказывают медицинские, психологические, социальные и правовые услуги неизлечимо больным пациентам и их семьям. Больным оказывается как медикаментозная, так и реабилитационно-восстановительная помощь. Возможно наличие и выездной службы (хоспис на дому). К смерти в таких учреждениях пытаются относиться как к чему-то естественному в жизни каждого человека; при этом смерть не ускоряется и не оттягивается, а обеспечивается качественная жизнь больному до последних его дней. Многие культуры и религии, в которых существовала вера в загробную жизнь, вырабатывали сложные и изощренные обряды, знакомящие человека с опытом смерти. Создавались даже руководства, объясняющие, как действовать при встрече со смертью («Тибетская книга мертвых», «Египетская книга мертвых»). В нашей стране эту работу с верующими выполняет церковь.

И все же умирать трудно в любых условиях, но умирать у себя дома легче. Психологический уход за больным осуществляет не только врач, но и родственники, друзья. В некоторых случаях приглашают психолога. Огромная роль в совершенствовании и организации долговременной помощи тяжело больному принадлежит сестринскому персоналу.

Необходимо:

- а) чтобы, находясь дома, больной сохранял свой обычный образ жизни. Ему надо научиться принимать опеку без огор-

чений, а родным надо научиться помогать так, чтобы больной не чувствовал постоянно свою беспомощность и зависимость от других. Больной должен как можно дольше участвовать в решении вопросов, касающихся его самого и его семьи;

- б) обеспечить больному максимально возможный физический комфорт. Болей быть не должно. Медицинский работник должен обеспечить чувство безопасности у больного («я вас не оставлю, я вам помогу»). Можно применять болеутоляющие средства, но не следует давать никаких успокоительных (транквилизаторов), голова больного должна оставаться ясной;
- в) проработать с больным его чувства (вину, страх, агрессию и др.). Важно, чтобы он не боялся говорить о своих чувствах. Пустые разговоры друзей и посетителей больного только тяготят. Если удастся нарушить заговор молчания, то ему и родным станет легче. В сфере эмоций они ищут у других понимания, сочувствия и любви. Больному трудно раскрыться, хотя ему и хочется рассказать о себе. Нередко они любят вспоминать свои молодые годы. Спросите — как он спит, видит ли сны, какие. Иногда легче написать, чем разговаривать. Если так, то напишите больному о вашем сочувствии. Не всегда нужно что-то говорить, иногда полезнее просто послушать, что говорит больной;
- г) сохранять у больного надежду на выздоровление. Полезно рассказывать о случаях излечения тяжелобольных;
- д) учитывать стадию принятия больным своего диагноза:

Больной в состоянии шока, узнав о своем диагнозе, отказывается понимать страшную правду;	—	Очень нуждается в помощи сочувствия. В это время говорить о смерти нельзя. Лучше согласиться: «Да, это на рак не похоже»;
Стадия протеста и гнева	—	Больной раздражителен, требователен, может стать неприятным. Очень важно наличие терпения у окружающих;
Частичное принятие неизбежного	—	Можно и нужно обо всем говорить открыто, больной ведь все время думает о себе и болезни, мно-

гое его тревожит. Полезно, чтобы больной говорил о своих переживаниях. Иногда его можно спросить и прямо: «Ты боишься?». На этом этапе организуются группы поддержки (больные и члены их семей собираются и рассказывают о своих мыслях, переживаниях. Цель — помочь неизлечимым больным преодолеть стремление уйти от людей и продолжать жить полноценной жизнью как можно дольше.)

Больной слабеет

- Его тяготит одиночество. Надо быть с ним. Здесь уже не надо много слов, не нужно стараться быть сильным, лучше признаться в своих опасениях, страхах. Это рождает доверие. Хорошо, если больной поплачет. Иногда ему полезно рассердиться. Не надо на него обижаться. Полезен телесный контакт: коснуться руки больного, плеча, волос. Если он забылся или без сознания, он все равно чувствует, говорите о нем, даже если он, как вам кажется, не понимает. Не надо оставлять умирающего одного. Это важно и для родственников, иначе они будут укорять себя.

Больной чувствует, что смерть рядом

- Его мысли становятся глубже и серьезнее. Теперь ему нужно понять то, о чем он раньше не думал. Много

нужного и утешительного можно найти в религиозной и в хорошей светской литературе. Полезно вместе помолиться больному и родственникам. Можно молиться своими словами. Если больной верующий, важно обеспечить ему исповедь и причастие. Он достиг мира душевного, пусть близкие попросят его молиться за них в загробном мире.

Заповеди для медицинских работников, оказывающих помощь умирающим больным

1. Смерть, как и рождение — естественные события. Относитесь к умиранию, как к нормальному процессу завершения жизни.
2. Уважайте жизнь. Пусть она только теплится в организме, это все же еще жизнь.
3. Допускайте неизбежность смерти.
4. Вопрос не в том, чтобы лечить или не лечить, а в том, чтобы подобрать более подходящее лечение.
5. «Каждый человек имеет право на жизнь».
6. Нельзя торопить смерть и нельзя тормозить смерть.
7. Не спеши, приходя к пациенту. У тебя достаточно времени, а у него ограничено. Раздели его со своим пациентом.
8. Прими от пациента все, вплоть до агрессии.
9. Беседуя с пациентом, возьми его руки в свои. Это придаст ему уверенности в том, он нужен, что он не одинок.
10. Пациент и его близкие — единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не «спасай», а помогай.
11. Научись внимательно слушать больного. Дай ему понять, что до его болезни тебе тоже есть дело.
12. Будь искренен с больным, подбадривай его, «зажги» в нем огонек надежды.
13. Пациент всегда прав; он ближе к смерти.
14. Относись к больному как к нормальному человеку, но с немногого ограниченными способностями.
15. Расскажи родственникам о заболевании их близкого на доступном языке. Тогда они лучше поймут друг друга.

16. Собираясь на работу, не оставляй свою доброту, честность и искренность дома. Поделись ими с пациентом.
17. Основная цель твоей работы — облегчить боль и страдания как физические, так и душевные. Мы мало можем сами по себе и только с пациентом и его близкими мы находим огромные силы и почти неиссякаемые возможности.
18. Информировать пациента о том, как проходит его лечение, каковы результаты лечения, возможные изменения, тогда ему легче «смотреть правде в глаза».
19. Если пациент желает знать правду, говори, но не спеши. Оставь путь к отступлению.
20. Главное, что ты должен знать, что Ты знаешь очень мало.

VI. Психологическая реабилитация

Реабилитация — это возвращение способности (способа действия). Наряду с профилактикой и лечением реабилитация является основной составляющей охраны общественного и индивидуального здоровья. Экономически реабилитация является одним из самых рентабельных типов помощи.

С середины 50-х годов зародился комплексный подход к реабилитации пациентов, учитывающий психологические, медицинские, социальные аспекты. Механизмом реализации комплексной реабилитации служит создание межведомственной службы.

Пассивная комплексная реабилитационная помощь направлена на реинтеграцию в общество переболевших или неизлечимо болеющих людей. Активная реабилитационная помощь требует возрождения духовных, нравственных ценностей, сохранения и, насколько это возможно, возврата психического и соматического здоровья, реабилитации среды обитания.

Эффективность реабилитации измеряется не устранением патологии (она зачастую остается), а социальным эффектом. Определяя — на что человек способен, реабилитационно-экспертный диагноз дает специалисту информацию относительно будущей прогнозируемой профессиональной, бытовой или общественной деятельности человека.

Реабилитационно-восстановительная помощь предполагает:

- создание целебной среды (предоставление возможности пользоваться личными вещами, общаться с родственниками, заниматься любимым делом);
- поощрение социальной и общественной активности;
- трудотерапия;

- работа с родственниками пациента (обучение их элементарным медицинским навыкам и правилам ухода).

Изменения в личности больного происходят не только из-за заболевания, но и из-за принятия на себя роли больного, на поведение которой влияет общественное сознание, социальные стереотипы и предписания, а также ценностные установки пациента, традиции его семьи. Психологическая коррекция способствует адекватной оценке больного своего положения, повышению взаимопонимания в его семье, устранению мнения о больном как не полноценном человеке; поможет не испугаться момента приближения смерти, воспринять ее как нормальное завершение жизни и возможный переход в иной мир.

В случае онкологического заболевания предполагается большое количество средств и стратегий адаптации к болезни, ее психологического преодоления. Описаны и фазы подобного преодоления, сменяющие друг друга в ходе течения болезни и ее лечения. Так Maslin (1982) выделяет следующую последовательность смены фаз при изучении реакций больных детей:

- (а) некий «оптимизм», эйфория, развивающаяся как адаптивная реакция личности на стресс, возникает вера в могущество врача, сочетающаяся с отрицанием тяжести болезни;
- (б) обычно после рецидива возникает разочарование в возможностях лечения, осознание тяжести состояния и угрозы смерти;
- (в) разрушение иллюзий, связанных со своим положением, усиление раздражительности в отношениях с врачами и родителями, агрессии против себя, депрессии;
- (г) отказ или признание смерти как освобождения от длительного страдания.

Основным источником психологических проблем ребенка на начальных этапах заболевания — ситуация, в которую он попадает: ограничение подвижности, отрыв от группы сверстников, изоляция. Указанные факторы имеют регрессивные последствия для личности ребенка, состоящие в нарушении социального поведения; школьной фобии; изменении отношений со сверстниками (агрессия, аутизация). Различные варианты адаптивного поведения родителей (отказ от надежды, агрессия) оказывают значительное воздействие на стиль поведения ребенка. Именно поэтому в реабилитационных мероприятиях нуждается не только больной ребенок, но и его родители. Как снять у них острое чувство вины? Как избежать лжи в их общении с больным ребенком? На эти и многие другие вопросы пытается отвечать психологическая реабилитация. Целью осуществляемых ею мероприятий является ско-

рейшая адаптация семьи к новому положению, смена привычных стереотипов, принятие реальности. Позитивная адаптация предполагает активную борьбу за здоровье, а не пассивное принятие заболевшим и его семьей роли больного.

Родственников больного следует предупредить, что чрезмерная опека плохо влияет на него, формируя состояние «вынужденной беспомощности», которое отрицательно сказывается на соматическом состоянии. Поэтому больной по мере возможностей должен выполнять значимые для семьи функции (например, проверять у детей уроки, отвечать дома на телефонные звонки, прочее). В такой ситуации больной чувствует, что нужен семье; не является только обузой для родных.

На фазе разрешения в случае выздоровления онкологического больного основная задача реабилитации — вернуть больного в мир здоровых людей. Пациент уже менее зависим от системы здравоохранения, но все еще не уверен в будущем, не оправился от пережитого стресса, ему требуется поддержка близких. Возвращение к работе, домашним обязанностям (семья либо помогает вернуться пациенту к прежним обязанностям, либо подбирает ему новую роль), выполнению социальных функций требует периода адаптации.

Если болезнь заканчивается смертью, то семья сталкивается с горем и дезорганизацией, нуждается в психологической реабилитации.

Терапия горя

Задача клинического психолога — помочь клиенту (онкологическому больному и его семье) выполнить задачи горевания. Больной должен отгоревать потерю своего здоровья (процесс горевания начинается с момента получения страшного сообщения о диагнозе своего заболевания), и зачастую приближающуюся потерю жизни.

Принципы работы с горем как умирающего, так и его семьи, одинаковы. Если смерть не внезапна, то горевание начинают до смерти. Здесь можно выделить следующие шаги:

- принятие факта предстоящей смерти,
- прохождение через чувство вины и другие переживания,
- проговаривают конфликтные аспекты отношений родственников с умирающим,
- некоторые окончательно прощаются до смерти.

Самое важное: как можно больше говорить и проговорить волнующие вопросы до смерти. Горевание — процесс естественный,

и особенно не надо удерживать клиента от тех шагов, которые он делает.

В случае смерти близкого психологическая помощь означает:

- признать факт смерти,
- разобраться со своими эмоциями, чувствами (должно быть безопасно говорить о своих положительных и отрицательных чувствах),
- научиться жить без умершего, переосмысление ситуации,
- попрощаться с покойным.

Этапы работы клинического психолога с осложненным гореванием родственников умершего

- 1) Врач выясняет, есть ли у клиента сопутствующие соматические заболевания. Если есть, то проводит необходимое лечение, подключает к работе клинического психолога.
- 2) Психолог заключает с клиентом контракт (устанавливает доверительные отношения, договаривается о совместной работе — это обычно 5-30 специальных встреч).
- 3) Прослеживаются все другие отношения, связанные с тем, о чем горюют.
- 4) Восстанавливаются все воспоминания о том, о ком горюют. Активизируются все положительные воспоминания о покойном. Потом постепенно переходят к смешанным чувствам, которые сопровождают воспоминания о покойном. А затем обсуждают отрицательные чувства, связанные с покойным. Важно уравновесить образ умершего.
- 5) Опознаются — какие задачи горевания клиент еще не выполнил. Надо вернуться к этим фазам горевания.
- 6) Обнаружение прежних чувств, которые опять вызваны происходящим. Полезно поработать со связующими объектами (вещами покойного, фотографиями и пр.).
- 7) Клиенту помогают признать окончательную потерю.
- 8) Прорабатываются представления клиента о том, как кончится процесс горевания (что значит не «горевать»).
- 9) Клиенту помогают окончательно попрощаться (когда все чувства отреагированы, все вспомнил, тогда человек способен сказать: «Прощай». Это свидетельствует, что постоянный внутренний диалог с умершим прекращается. Теперь клиент, даже если плачет, то не чувствует себя слабым).

VII. Помощь медицинским сотрудникам, работающим с онкологическими больными

В психологической помощи нуждается и медицинский персонал, работающий с онкологическими больными, ведь каждый его представитель также должен научиться адаптироваться к ситуации, справляться с собственным страхом смерти и боли. Отношения между коллегами по работе должны строиться на почве доверия, взаимозаменяемости, поддержки и помощи, чтобы не создавать дополнительный стресс персоналу. Требуется особая деликатность персонала при переживании их коллегой смерти «своего» пациента. В установлении таких отношений также может помочь психолог.

Группы психологической поддержки, отдых, переключение на другие виды деятельности и многие другие приемы используются сегодня в клиниках по всему миру для поддержания здоровья самих медиков, качества их жизни, удовлетворенности своим трудом, профилактики «выгорания». Профессиональный дистресс может отрицательно сказываться на выполнении медиками своих должностных обязанностей, повышать текучесть кадров, способствовать личностной деформации. Поэтому забота о медиках это опосредованное проявление заботы и об их пациентах.

63% опрошенных (опросы наших дипломниц Араповой Н.А. в 1998 г. и Мурзиной И.В. в 2001 г., ф-т ВСО) медицинских работников, работающих в онкологическом отделении, испытывают страх, тревогу, беспомощность; 20% — заторможенность. Все опрошенные сообщили, что держат свои эмоции при себе, не показывая коллегам и больным. 60% отмечают, что в своей семье стали более молчаливыми, замкнутыми; 26% стали дома раздражительнее. 70% сказали, что нуждаются в помощи психолога, 30% не отказались бы поработать с психологом. (Опрос 2001 г.)

По результатам выполненной под нашим руководством дипломной работы Ивановой Н.В. (факультет ВСО, 1997) 24% опрошенных медсестер не знают как справляться со своим накопившемся стрессом; 20% в стрессовых ситуациях с целью самопомощи используют медикаменты, 20% в подобных ситуациях используют физические нагрузки, арттерапию, прогулки после работы и пр. Опрос показал, что часть медицинских сотрудников для снятия эмоционального напряжения используют алкоголь.

Поработав какое-то время с умирающими больными, медицинский персонал уже перед началом работы находится в напряженном ожидании смерти (61% опрошенных), испытывают страх

за больных (11%), страшится непредсказуемых эмоциональных реакций больных, испытывает плохое настроение из-за отсутствия необходимых лекарств, оборудования; 44% опрошенных считают, что их оптимистический настрой улучшает и настроение больных; 39% постоянно пытаются скрывать от больных свое эмоциональное состояние. Более молодые сотрудники чаще испытывают страх по сравнению с сотрудниками старшего возраста с многолетним стажем работы в клинике, для которых более характерен оптимизм, стабильность и спокойствие в поведении, уверенность в себе и своих возможностях облегчить страдания больных. Женщины чаще испытывают страх и жалость к больным по сравнению с мужчинами-медиками, которые на своем рабочем месте более спокойны и рассудительны. (Опрос 1998 г)

Динамика (1994-2001) мнений медицинских работников (курсовые работы студентов ф-та ВСО — П.А.Денисенко, И.С. Савранская, Н.А. Арапова; дипломная работа И.В. Мурзиной) свидетельствует об увеличении понимания ими с годами значения соблюдения траура и похоронного ритуала в связи со смертью ближнего, о снижении желательности для них внезапной смерти (увеличивается предпочтение тихой, полной достоинства смерти), увеличении верящих в жизнь после смерти.

Для медицинских работников важно проработать тему смерти; ведь никто чаще, чем они, не сталкивается с ней.

Важно также, чтобы специфика их профессиональной деятельности меньше сказывалась на их социальном окружении вне стен медицинского учреждения, на их взаимоотношениях в семье и с друзьями.

Не менее актуальна психопрофилактика психосоматических нарушений у медицинского персонала, работающего с онкологическими больными.

По результатам опроса 2000 года о содержательной стороне психологической помощи осведомлены только 50% медицинских работников со стажем работы более 10 лет. Остальные из этой же возрастной группы знакомы с психологической помощью только в контексте самопомощи («чтобы не сорваться», снять накопившееся напряжение).

Общая удовлетворенность медика своей профессиональной деятельностью

На профессиональном пути медика поджидает множество событий, способных вызвать у него дистресс. Вот почему все более возрастает значение психотерапии повседневной жизни. Для это-

го определяются те ее сферы, которые вызывают у человека длительную или очень интенсивную эмоциональную напряженность.

Профессиональные трудности медика могут стать отправной точкой его личностного роста, профессионального самосовершенствования, но могут стать и причиной резкого снижения эффективности его профессиональной деятельности, дисквалификации, подорвать его здоровье. Одной и той же профессиональной ситуацией один будет удовлетворен, а другой раздосадован, поскольку каждый из них может иметь собственные, отличные от другого профессиональные ожидания и представления о профессиональном успехе. Восприятие действительности зависит и от состояния психики. Если медик находится в состоянии общего благополучия, то он проецирует эти же ощущения на окружающий мир, в том числе на коллег и пациентов. На фоне общей удовлетворенности своей жизнью отдельные невзгоды будут менее болезненны.

Имея возможность удовлетворять в процессе трудовой деятельности значимые для себя потребности (физиологические, психологические и социальные), сотрудник испытывает удовлетворенность от работы, если нет — чувство подавленности, тревоги. Медик испытывает общую удовлетворенность от работы, если в ней удовлетворяется его потребность в профессиональных достижениях, карьере, признании, самосовершенствовании, если он видит результаты своего труда, и прежде всего улучшение (поддержание) состояния здоровья больных людей. Неудовлетворенность работой, согласно теории двух факторов Герцберга, зависит в основном от внешних факторов: низкая заработная плата, плохие условия труда, сложности в отношениях с руководством, коллегами, подчиненными, пациентами. Устранение факторов неудовлетворенности работой автоматически не приводит к удовлетворенности ею, которая в основном зависит от внутренних факторов (мотивации, системы ценностей, целей, субъективных представлений об успехе и пр.).

Одним из постоянных стремлений человека является желание получать справедливую оценку своих действий (теория равенства Стейси Адамса, успешно используемая в теории управления). Если сотрудник считает, что к нему подходят также как и к другим, без дискриминации, оценивают его действия с тех же позиций, что и действия других, то он ощущает справедливость отношения к себе и чувствует себя удовлетворенным. Если медик государственного лечебно-профилактического учреждения считает, что вознагражден недостаточно, у него возникает чувство неудовлетворенности. При этом люди ориентируются на комплексную оценку вознаграждения.

граждения. Считая несправедливой оценку своего труда, сотрудник теряет мотивацию к активным действиям с точки зрения целей медицинского учреждения. В этом случае у него возможны следующие реакции:

- снижение интенсивности и качества труда;
- попытка увеличить свое вознаграждение (возможны криминальные реакции);
- переоценка своих возможностей и, как следствие этого, депрессия, чувство безисходности, комплекс неполноценности, и пр.;
- увеличение социальной активности, которая зачастую в организации порождает межличностные конфликты;
- смена для себя объекта сравнения («Другим специалистам приходится еще труднее»);
- переход в другие подразделения, организации, отъезд за рубеж, смена профессиональной деятельности

Повышению профессиональной мотивации способствует участие во внутриорганизационной деятельности, в принятии решений относительно характера совместного труда, право контроля за количеством и качеством труда, ответственность за конечный результат деятельности.

Чтобы снизить уровень эмоциональной напряженности в сфере труда медиков из-за возможной их неудовлетворенности своей работой, полезна организация их обучения коммуникативным навыкам, умению позитивно мыслить, добиваться значимых для себя целей. Разрушение старых ценностей и традиций, дискредитация новых и недостаток опыта анализа собственного психического состояния привели к тому, что каждому медицинскому сотруднику, работающему с онкологическими больными, приходится идти к уникальному смыслу профессиональной деятельности своим неповторимым путем.

Несмотря на то, что все руководства для медицинских работников переполнены требованиями к их личности, профессиональной деятельности, следует не забывать и об обязанностях общества перед медиками. Лидер менеджмента Дракер П. отмечал, что насколько бы авторитарной не была организация, она должна удовлетворять амбиции и потребности своих членов и делать это по отношению к ним как индивидам.

Используемые в ММА им. И.М. Сеченова программы по психологии для студентов различных факультетов, аспирантов, слушателей факультета повышения квалификации преподавателей, семейных врачей, ординаторов факультета управления здравоохранением предполагают занятия, направленные на осознание ме-

диками своего профессионального пути, вербализацию субъективного смысла выбора ими медицинской профессии. Большое внимание уделяется внутренним психологическим условиям профессиональной деятельности. Подготовленные и изданные к занятиям методические материалы помогают подготовиться к возможным на пути профессионала кризисам, смене в силу тех или иных причин специальности (иногда профессии), утере субъективного смысла выполняемых должностных функций и пр. Все это, на наш взгляд, в конечном итоге будет способствовать повышению удовлетворенности выбранной медицинской профессией, переживанию ощущения психического и социального благополучия в процессе выполнения профессиональной деятельности, будет направлено на реализацию отечественной программы «Психологическое обеспечение общественного здоровья» (разделы «Мир профессий» и «Учебная среда»), которая в ближайшее время, возможно, будет официально оформлена.

Литература

1. *Авксентьева М.В.* Семья и болезнь.//М. — 1994.
2. *Айзенк Г.Ю.* Личность и история...болезни?//Медицинская газета. — 13.10.93. — №81.
3. *Аръес Ф.* Человек перед лицом смерти.//Общ. Ред. Оболенской С.В. — М. — 1992.
4. *Биктимиров Т.З., Модников О.П.* Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине.//Ульяновск. — 1998.
5. *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина.//М. — 1999.
6. *Гнездилов А.* Путь на Голгофу.//Л. — 1992.
7. *Гроф С., Галифакс Дж.* Человек перед лицом смерти.//М. — 1995.
8. *Досталова О.* Как сопротивляться раку?//С.-Пб. — 1994.
9. *Зорза Розмари и Виктор.* История Джейн Зорза: путь и смерть.//М. — 1990.
10. *Калиновский П.П.* Переход: последняя болезнь, смерть и после.//М. — 1992.
11. *Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К.* Медицинская психология.//М. — 1984.
12. *Леонова А.Б., Кузнецова А.С.* Психопрофилактика стрессов.//М. — 1993.
13. *Солженицын А.* Раковый корпус.

III.2.4. МЕХАНИЗМЫ СОВЛАДАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ КОРРЕКЦИИ, ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ

Что такое механизмы совладания?

Одной из основных характеристик качества жизни является наличие стресса и возможности адаптации к нему. В последние годы возрос интерес к механизмам совладания или копинг-механизмам, характеризующим успешную или неуспешную адаптацию к стрессовым ситуациям.

Копинг-поведение определяется как стратегия действий, принимаемых индивидом при психологической угрозе, и проявляющееся в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности.

Отличие механизмов совладания и психологической защиты состоит в том, что первые используются индивидом сознательно и направлены на активное изменение ситуации, а вторые неосознаны, пассивны и направлены на смягчение психологического дискомфорта.

Методика для исследования копинг-поведения была предложена Neim E. (1988) и состоит из трех шкал, содержащих утверждения, отражающие способы преодоления трудностей по трем основным плоскостям копинг-поведения: применительно к поведенческой сфере (8 поведенческих стратегий), когнитивной-познавательной (10 вариантов когнитивных стратегий), эмоциональной (8 вариантов эмоциональных стратегий). Стратегии преодоления разделены на три основные группы по степени их адаптационных возможностей: адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные.

К адаптивным вариантам в поведенческой сфере относятся «сотрудничество», «обращение», «альтруизм», под которыми понимаются такие формы поведения личности, при которых она вступает в сотрудничество с более опытными людьми, ищет поддержку в ближайшем окружении или сама предлагает помощь и поддержку ближним в преодолении трудностей. В когнитивной сфере к адаптивным формам совладания относятся «проблемный анализ», «установка собственной ценности», «сохранение самообладания» — формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение са-

мооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций. В эмоциональной сфере к адаптивным вариантам совладания отнесены «протест» и «оптимизм» — эмоциональные состояния с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любой, даже самой трудной ситуации.

К относительно адаптивным вариантам совладания, конструктивность которых зависит от значимости и выраженности ситуации преодоления, отнесены следующие. В поведенческой сфере это «компенсация», «отвлечение», «конструктивная активность» — поведение, которое характеризуется стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, медикаментозных препаратов, погружения в любимое дело, путешествия, исполнение своих заветных желаний. В когнитивной сфере это «относительность», «передача смысла», «религиозность» — формы поведения, направленные на оценку трудностей в сравнении с другими, предание особого смысла их преодолению, вера в бога и стойкость в вере при столкновении с трудными проблемами. В эмоциональной сфере к относительно адаптивным формам поведения отнесены «эмоциональная разгрузка» и «пассивная кооперация» — поведение, направленное на снятие напряжения, связанного с проблемами, и эмоционального отреагирования, либо на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам.

«Активное избегание» и «отступление» отнесены к неадаптивным вариантам совладания в поведенческой сфере. Такое поведение предполагает избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляцию, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем. В познавательной сфере эти больные характеризуются «смирением», «растерянностью», «диссимуляцией», когда преобладает отказ от преодоления трудностей в связи с неверием в свои силы и интеллектуальные ресурсы. В эмоциональной сфере к неадаптивным вариантам поведения отнесены «подавление эмоций», «покорность», «самообвинение», «агрессивность» — типы поведения, характеризующиеся подавлением эмоций, состоянием безнадежности и покорности, недопущением других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя.

Методика изучения копинговых процессов представляет собой опросник, содержащий в себе описание способов выхода из тех или иных стрессовых ситуаций. В инструкции женщинам предлагается выбрать те варианты поведения, с помощью которых

они обычно разрешают эти трудности. При обработке результатов учитывается частота выбора конкретного варианта.

Исследование копинговых механизмов у больных позволяет выявить адаптивные возможности индивида в интра- и интерперсональных конфликтах, которые проявляются в реальном поведении. Изучение динамики механизмов совладания пациентов под влиянием лечения может способствовать расширению представлений о механизмах повышения качества жизни.

Механизмы совладания у больных раком молочной железы

Для больных РМЖ, также как и для здоровых людей, характерен очень широкий спектр механизмов совладания, однако эти спектры отличаются друг от друга (табл. III.2.4.1).

В поведенческой сфере у больных РМЖ адаптивные формы копинг-поведения встречаются реже, чем в контрольной группе (40,2% и 56,0%, соответственно). Это вполне соответствует феномену снижения фрустрационной толерантности и адаптационных возможностей у рассматриваемой категории больных. Спектр адаптивных форм копинг-поведения у больных РМЖ достоверно отличается от контрольной группы. «Альтруизм» как форма поведения с оказанием бескорыстной помощи другим людям среди больных РМЖ встречается чаще, чем среди здоровых людей (25,6% и 10,0%, соответственно). Для этих больных характерны порядочность, отзывчивость, готовность оказать помощь ближнему. «Сотрудничество» как форма поведения, при которой женщина идет на общение с другими людьми, которые, как ей кажется, имеют больший опыт в разрешении конфликтов и трудных жизненных ситуаций, и «обращение» встречается значительно реже в основной группе в сравнении с контрольной (9,7% и 18,0%; 4,9% и 28,0%, соответственно).

Относительно конструктивные формы преодоления в поведенческой сфере встречаются среди больных РМЖ относительно реже, чем в контрольной группе (22,0% и 26,0%, соответственно) и характеризуются временным отходом от решения проблем разными способами. При отсутствии статистически значимого отличия как во всей группе, так и в отдельных подгруппах такого копинг-поведения можно отметить, что «конструктивная активность» и «компенсация» используются больными РМЖ редко в сравнении с контрольной группой (2,4% и 6,0%; 3,7% и 6,0%, соответственно). Больные РМЖ в начале лечения редко используют алкоголь для снятия психологического напряжения и временного ухода от фрустрирующей ситуации. Факт фрустрации при этом, как прави-

Таблица III.2.4.1

Стратегии преодоления у больных РМЖ

Стратегии преодоления	Здоровые (%)	Больные РМЖ до курса психотерапии (%)	Больные РМЖ после курса психотерапии (%)*
В поведенческой сфере			
Конструктивные (всего)	56,0	40,2	51,2
«альtruизм»	10,0	25,6	28,0
«сотрудничество»	18,0	9,7	28,0
«обращение»	28,0	4,9	12,2
Относительно конструктивные (всего)	26,0	22,0	24,4
«компенсация»	6,0	3,7	12,2
«конструктивная активность»	6,0	2,4	4,9
«отвлечение»	14,0	15,9	7,3
Неконструктивные (всего)	18,0	37,8	24,4
«активное избегание»	12,0	14,6	13,4
«отступление»	6,0	23,4	11,0
В когнитивной сфере			
Конструктивные (всего)	40,0	47,6	35,4
«сохранение самообладания»	14,0	9,8	8,5
«проблемный анализ»	24,0	3,7	2,4
«установление собственной ценности»	2,0	34,1	20,5

Продолжение таблицы III.2.4.1

Стратегии преодоления	Здоровые (%)	Больные РМЖ до курса психотерапии (%)	Больные РМЖ после курса психотерапии (%)*
Относительно конструктивные (всего)	34,0	9,8	39,0
«передача смысла»	14,0	4,9	11,0
«религиозность»	20,0	4,9	28,0
Неконструктивные (всего)	26,0	42,6	29,3
«игнорирование»	6,0	—	2,4
«смирение»	4,0	2,4	2,4
«диссимуляция»	14,0	—	—
«растерянность»	2,0	40,2	24,5
В эмоциональной сфере			
Конструктивные (всего)	62,0	18,3	37,8
«протест»	20,0	14,6	25,6
«оптимизм»	42,0	3,7	12,2
Относительно конструктивные (всего)	12,0	35,4	44,0
«эмоциональная разгрузка»	2,0	—	4,9
«пассивная кооперация»	10,0	35,4	39,1
Неконструктивные (всего)	26,0	46,3	18,2
«подавление эмоций»	10,0	24,4	4,9
«покорность»	4,0	3,7	—

Продолжение таблицы III.2.4.1

Стратегии преодоления	Здоровые (%)	Больные РМЖ до курса психотерапии (%)	Больные РМЖ после курса психотерапии (%)*
«самообвинение»	12,0	18,2	2,3
«агрессивность»	—	—	2,3

Примечание: * — курс рациональной психотерапии в открытой группе проведен у 82 женщин, больных РМЖ I-IIIb стадией заболевания на этапе хирургического вмешательства.

ло, не вербализован и проявляет себя тревогой разной (как правило, высокой) степени выраженности. В связи с жалобами на плохой сон, раздражительность, плаксивость больные иногда прибегают к использованию медикаментозных средств, но очень быстро от них отказываются, «а вдруг дальше будет еще хуже».

Неконструктивные формы преодоления в поведенческой сфере встречаются среди больных РМЖ значительно чаще, чем в контрольной группе (37,8% и 18,0%, соответственно). При этом «активное избегание» встречается одинаково часто в обеих группах (13,4% и 14,6%), а «отступление», как проявление неспособности бороться с конфликтами и снижения фрустрационной толерантности среди больных РМЖ встречается чаще (11,0% и 23,4%, соответственно).

В когнитивной сфере среди больных РМЖ конструктивные формы встречаются несколько чаще, чем в контрольной группе (47,6% и 40,0%, соответственно). Это связано с преобладанием такой формы поведения, как «установление собственной ценности» (34,1% и 2,0%, соответственно). Однако, конструктивность этой формы копинг-поведения для больных РМЖ является условной. Во-первых, «установление собственной ценности» обусловлено своеобразным набором ценностных ориентаций, прежде всего ценности своего здоровья; самооценка при этом снижается. Во-вторых, оно является одним из звеньев порочного круга психологических реакций, приводящих к развитию хронического психогенного дистресса. Прежде всего, это относится к черте больных РМЖ, выражающейся в неспособности защищаться от агрессии. Снижение фрустрационной толерантности входит в конфликт с

повышением ценности своего физического здоровья, в результате чего развивается внутренний конфликт, который является основой для развития психогенного дистресса (рис. III.2.4.1).

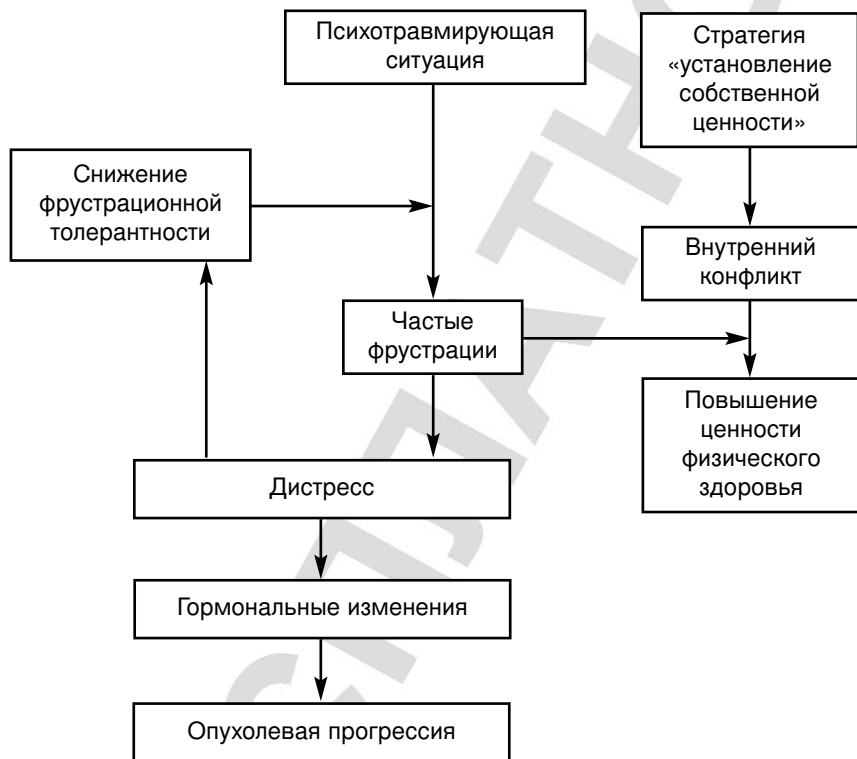


Рис. III.2.4.1. Возможный механизм влияния стратегии «установление собственной ценности» у больных РМЖ на опухолевую прогрессию.

Относительно конструктивные стратегии преодоления в когнитивной сфере у больных РМЖ встречаются достоверно реже, чем у здоровых людей, что говорит о неадекватности поведенческих реакций в когнитивной сфере (в частности «передача смысла» — 4,9% и 14,0%; «религиозность» — 4,9% и 20,0%, соответственно). Неадаптивные формы копинг-поведения в когнитивной сфере среди больных РМЖ встречаются несколько чаще, чем в контрольной группе, но это различие статистически недостовер-

но. Однако стратегия «растерянности» у этих больных встречается в 20 раз чаще, чем у здоровых женщин (40,2% и 2,0%, соответственно). Это обусловлено низкими адаптационными возможностями больных и тем, что обследование проводилось в течение первого месяца после выявления опухоли.

Наибольшие отличия стратегий преодоления существуют в эмоциональной сфере. Конструктивные формы копинг-поведения здесь встречаются почти в 3 раза реже, чем в контрольной группе (18,3% и 62,0%), а стратегия «оптимизма» даже в 11 раз реже (3,7% и 42,0%, соответственно). Среди относительно конструктивных форм преобладает пассивная кооперация (35,4%, в сравнении с 10,0% в контрольной группе).

Неконструктивные поведенческие стратегии в эмоциональной сфере у больных РМЖ встречаются значительно чаще, чем в контрольной группе (46,3% и 26,0%). При этом преобладает «подавление эмоций» (24,4%) и «самообвинение» (18,2%), что достоверно отличается от контрольной группы.

Таким образом, для больных РМЖ, также как и для здоровых людей, характерен очень широкий спектр механизмов совладания, однако эти спектры отличаются друг от друга. В поведенческой сфере адаптивные стратегии преодоления встречаются достоверно реже, чем в контрольной группе, что соответствует феномену снижения фрустрационной толерантности и адаптационных возможностей. Среди адаптивных форм копинг-поведения у больных РМЖ достоверно чаще встречается «альтруизм». «Сотрудничество» и «обращение» встречается значительно реже. Относительно конструктивные формы преодоления в поведенческой сфере встречаются среди больных РМЖ относительно редко и характеризуются временным отходом от решения проблем разными способами. Неконструктивные формы преодоления в поведенческой сфере встречаются среди этих больных чаще, особенно в форме «отступление», как проявление неспособности бороться с конфликтами. Среди больных РМЖ конструктивные формы реакций совладания в когнитивной сфере встречаются несколько чаще. Это связано с преобладанием такой формы поведения, как «установление собственной ценности». Однако, конструктивность этой формы совладания для больных РМЖ является условной, так как связана со своеобразным набором ценностных ориентаций, прежде всего ценности своего здоровья, и является одним из звеньев порочного круга психологических реакций, приводящих к развитию хронического психогенного дистресса. Неадекватные формы совладания в когнитивной сфере среди больных РМЖ встречаются очень часто, при этом стратегия «растерянности» у них встреча-

ется в 20 раз чаще, чем у здоровых женщин. Наибольшие отличия выявлены при исследовании стратегий преодоления в эмоциональной сфере. Конструктивные формы копинг-поведения здесь встречаются почти в 3 раза реже. При этом преобладает «подавление эмоций» и «самообвинение».

Динамика копинговых процессов у больных раком молочной железы в процессе психотерапии

Целесообразно проводить среди больных РМЖ групповую рациональную психотерапию, направленную на снятие эмоционального напряжения, тревоги, неопределенности, повышение коммуникативных навыков и развитие адаптивных механизмов совладания.

В результате применения программы психологической поддержки и психотерапии обычно получается положительный эффект, хотя далеко не все проблемы удастся разрешить.

После лечения достоверно чаще начинают встречаться адаптивные варианты совладания в поведенческой и эмоциональной сферах (51,2% и 40,2%; 37,8% и 18,3%). При этом значительно чаще встречается «обращение» (12,2% и 4,9%) и «оптимизм» (12,2% и 3,7%). Развитие оптимистического взгляда на будущее является важной частью каждодневной работы с больными. Нарастание частоты стратегии «обращения» связано с развитием коммуникативных качеств и уверенностью в том, что обращаясь за помощью, можно получить ответ. Мы считаем это положительным моментом, так как при этом уменьшается внутренняя неопределенность в связи с дефицитом информации, меньше становится оснований для развития психогенного дистресса.

В процессе лечения нарастает частота поведенческой стратегии «компенсация» (3,7% и 12,2%), что связано с увеличением частоты употребления больными алкоголя. Это уже давно описанное явление традиционно считается невербализованным. На наш взгляд, такая поведенческая стратегия вербализована и связана с распространенными среди больных представлениями об «улучшении гематологических показателей» на фоне алкоголизации при проведении лучевого или химиотерапевтического лечения. Облегчение ее распространения связано также с нарастанием частоты когнитивной стратегии «обращение» и возможностью общения больных, находящихся на разных этапах лечения.

Изменения в спектре стратегий преодоления в когнитивной сфере не являются статистически достоверными. Однако, можно заметить уменьшение частоты стратегии «установление собствен-

ной ценности». Это связано с изменением ценностных ориентаций больных, нарастанием значимости культуральных, семейных, производственных ценностей в сравнении со своим здоровьем. Значительно повышается удельный вес стратегии «религиозность» (с 4,9% до 28,0%), которая является относительно конструктивной и связана с переводом большинства гносеологических вопросов на религиозное направление. Кроме того, происходит уменьшение частоты неконструктивной стратегии «растерянность» с 40,2% до 24,5%, что связано прежде всего с устранением неопределенности диагноза и перспективы ближайшего лечения.

Наряду с нарастанием частоты стратегии «оптимизм» в эмоциональной сфере необходимо отметить снижение частоты неадаптивной стратегии «подавление эмоций» (с 24,4% до 4,9%). Мы связываем это с развитием коммуникативных навыков и уменьшением степени алекситимии, связанной с высоким уровнем тревоги и фобиями.

Таким образом, в результате применения программы психологической поддержки и психотерапии может быть получен положительный эффект. Достоверно чаще начинают встречаться адаптивные варианты совладания в поведенческой и эмоциональной сферах. Значительно повышается удельный вес когнитивной стратегии «религиозность», которая является относительно конструктивной и связана с переводом большинства гносеологических вопросов на религиозное направление. Кроме того происходит уменьшение частоты неконструктивной стратегии «растерянность», что связано прежде всего с устранением неопределенности диагноза и перспективы ближайшего лечения. В целом, динамика механизмов совладания в процессе лечения связана с развитием коммуникативных навыков и уменьшением степени алекситимии.

Влияние копинг-поведения на качество жизни

Качество жизни — совокупность объективных и субъективных характеристик, отражающих ощущение жизненного комфорта, физического и сексуального благополучия, психологические особенности личности в виде степени фрустрированности, бытовой и трудовой активности.

Среди разных способов оценки качества жизни наиболее рациональным представляется использование методики линейных аналоговых шкал по типу Дембо-Рубинштейн. Обследуемой предлагается самооценочное высказывание и линия длиной 10 см, на концах которой отмечены полярные суждения по этому высказыванию. Необходимо определить свое местонахождение на этой ли-

нии в момент опроса. Женщине предлагается заполнить аналоговые шкалы по 40 вопросам, содержание которых было сформулировано в 1990 году Е.В. Деминым. Ответы даются в присутствии экспериментатора для того, чтобы поставленные вопросы были правильно поняты и не вызывали затруднений. Результатом исследования является число, соответствующее длине отрезка (в мм) от наилучшего варианта крайнего суждения до отметки, сделанной больной, которое измеряется при помощи линейки в баллах (1 мм — 1 балл).

На основании ответов на все 40 вопросов вычисляются показатели по структурным составляющим и итоговый показатель качества жизни.

- Круг вопросов, характеризующих личность больной; отношение к здоровью, болезни, лечению, характер межличностных отношений (шкала Pr — person).
- Наличие стресса и проблем в повседневной жизни, оценка возможности их разрешения (St — stress).
- Активность в повседневной жизни (шкала Ac — activity).
- Трудовая деятельность и отношение к труду (шкала W — work).
- Показатели физического состояния; самочувствие, тошнота, рвота, внешний вид (шкала Ss — somatic status).
- Сексуальная удовлетворенность (шкала Sx).
- Итоговый балл качества жизни (шкала QL — quality of life) определяется как средний балл показателей структурных составляющих.

У больных раком молочной железы имеется выраженное снижение показателей по всем структурным составляющим, что позволяет расценивать глобальное качество их жизни как однородное и сниженное. Проведение психотерапевтического лечения, главной задачей которого является выработка адаптивных стратегий поведения, привело у больных РМЖ к повышению уровня качества жизни с $44,4 \pm 2,6$ балла до $52,6 \pm 4,2$ балла по сравнению с $67,3 \pm 6,7$ балла ($p > 0,05$) у здоровых женщин (рис. III.2.4.2).

Влияние копинг-поведения на результаты противоопухолевой терапии

Исследования, включенные в этот раздел лекции, еще не закончены. Здесь представлены только предварительные результаты.

Среди больных, получавших восстановительное лечение, отмечено улучшение отдаленных результатов противоопухолевой терапии.

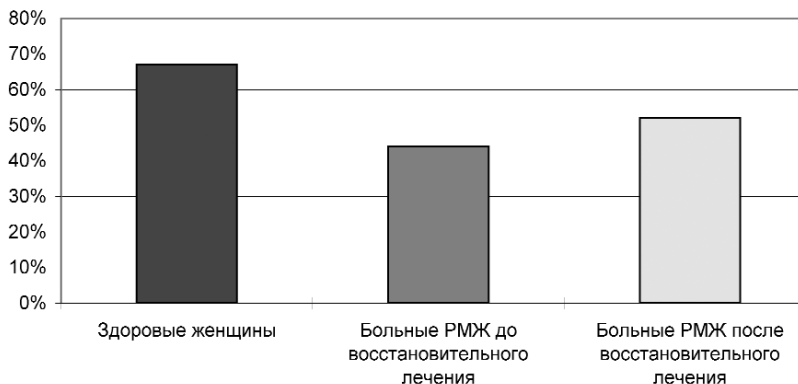


Рис. III.2.4.2. Влияние психотерапевтического лечения на уровень качества жизни больных раком молочной железы.

Стадия заболевания определялась на основании МКБ-9. Программа противоопухолевого лечения составлялась по общепринятым критериям, учитывающим стадию заболевания, локализацию опухоли в железе, возраст больной. Восстановительное лечение включало в себя мероприятия по улучшению функции и уменьшению отека конечности на стороне операции, психотерапию, направленную на выработку более адаптивных стратегий копинг-поведения.

Из 180 женщин, прошедших восстановительное лечение, через 5 лет живы 119 (66,1%). Среди больных относительно преобладали I и IIa стадии заболевания (13,3% и 33,3%, соответственно). Соответственно IIIb стадия встречалась редко — 27,3%. В прослеженной группе больных пятилетняя выживаемость составила: среди больных I стадией РМЖ — 70,8%, среди больных II стадией — 70,1% и среди больных III стадией рака молочной железы — 55,1.

При сравнении отдаленных результатов лечения рака молочной железы среди больных, прошедших восстановительное лечение, и всей популяцией больных РМЖ в той же местности (Тверская область) оказалось, что в первой группе они лучше. Так, среди больных I-III стадий в первой группе 5-летняя выживаемость составила 66,1%, в то время как во второй — 59,4%. Наибольшее отличие наблюдается среди больных III стадией заболевания. В первой группе пятилетняя выживаемость составила 55,1%, во второй — только 35,4%. Поскольку ни улучшение функции верхней конечности ни уменьшение ее отека не могут повлиять на отдаленные результаты лечения рака, увеличение выживаемости боль-

ных можно связать только с увеличением частоты адаптивных стратегий копинговых процессов.

Формирование группы больных, которым проводилось восстановительное лечение проводилось по принципу «обращаемости», то есть не было строго рандомизированным. Поэтому больные, которым проведено восстановительное лечение, еще до начала лечения характеризовались преобладанием адаптивных стратегий копинг-поведения. Именно это свойство женщин — обращаться за медицинской помощью, быть активным участником лечебного процесса, явилось основой лучших отдаленных результатов лечения в сравнении с больными, пассивно относившимися к лечению.

Поэтому всем больным раком молочной железы, в том числе при наличии распространенного процесса, показано проведение психотерапии, направленной на выработку адаптивных стратегий копинг-поведения в противовес неадаптивным. Обоснованность этого подтверждается активным развитием новых научных направлений психонейроиммунологии и психонейроэндокринологии. При проведении направленной психотерапии у некурабельных онкологических больных нередко наблюдается регрессия опухолевого процесса (Анкелин-Шутценбергер А.С., 1990).

Литература

1. Анкелин-Шутценбергер А.С.//Вопр.псих. — 1990. — N5. — сс.94-106.
2. Асеев А.В., Коготкова Л.Н., Виноградова Н.Е.//Маммология. — 1997. — N1. — сс.47-52.
3. Асеев А.В., Васютков В.Я. Качество жизни больных раком молочной железы.//Тверь. — 1999. — 96с.
4. Демин Е.В., Чулкова В.А., Блинов Н.Н.//Вопр.онкол. — 1990. — т.36. — N3. — сс.360-364.
5. Arathuzik D.//Cancer.Nurs. — 1994. — Vol.17. — N3. — pp.207-214.
6. Buddeberg C., Wolf C., Sieber M. et al.//Psychother.Psychosom. — 1991. — Vol.55. — N2-4. — pp.151-157.
7. Heim E.//Psychoterapie. — Psychosom.Med.Psychol. — 1988. — H.1. — ss.8-17.
8. Langer M., Prohaska R., Schreiner-Frech I. et al.//Psychother. Psycho-som.Med.Psychol. — 1991. — Vol.41. — N9-10. — pp.379-384.
9. Manne S., Sabbioni M., Bovbjerg D. et al.//J.Behav.Med. — 1994. — Vol.17. — N1. — pp.41-55.
10. Payne S.//J.Adv.Nurs. — 1990. — Vol.15. — N6. — pp.652-658.
11. Wittig R.//Z.Klin.Psychol.Psychopathol.Psychother. — 1989. — Vol.37. — N3. — pp.303-316.

III.2.5. СТЕРЕОТИПНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Роль психологических факторов в возникновении и прогрессии рака молочной железы

Предположение о том, что возникновение и развитие рака могут быть связаны с эмоциональными факторами, возникло очень давно. При этом из числа опухолей разной локализации наиболее часто на эту связь указывали при раке молочной железы.

В частности, еще Гален во втором столетии нашей эры отмечал, что более часто рак развивается у меланхолических женщин, чем у сангвиников. В восемнадцатом столетии Guy R. описал женщин, склонных к образованию опухолей, как мало подвижных, меланхолических, воспринимающих любое психотравмирующее событие жизни как величайшее несчастье и трагедию.

Позднее Paget J. (1870) констатировал большую частоту развития рака у людей, испытывающих глубокую тревогу. Несбывшиеся надежды, разочарования, крах жизненных идеалов или ценностей нередко предшествуют возникновению и распространению опухоли. В связи с этим был предложен термин «раковой конституции», смысл которого сводится к тому, что психогенная депрессия является весомой добавкой к действию канцерогенных факторов при возникновении и прогрессии рака. Великолуг А.Н. (1997) и Forsen A. (1991) сообщают, что в анамнезе у больных РМЖ часто встречаются важные жизненные утраты или трудные жизненные ситуации.

Впервые Evans E. (1926) сообщила о серьезных психологических изменениях больных раком после сообщения им диагноза. Она описала общую психологическую ситуацию у онкологических больных, в которой ломка эмоциональных отношений связывалась с отсутствием выхода для «психической энергии». Значительно позднее этот феномен получил название «алекситимия», была показана его ведущая роль в развитии ряда психосоматических заболеваний. Hiller J. (1989) высказал предположение о том, что РМЖ является психосоматическим заболеванием. Jensen A. (1991) показал, что больные РМЖ нередко имеют трудности в выражении своих чувств, особенно чувства агрессии; копинговые реакции на стресс у них не развиты.

В последние годы появились сообщения о том, что жизненный уклад является детерминирующим в возникновении РМЖ

среди лиц, генетически предрасположенных к нему. Greer S. (1991) также указывает на то, что психологические черты личности ряда больных РМЖ оказывают влияние на течение болезни.

Стереотипные психологические реакции в ответ на психотравмирующую ситуацию

При изучении психологического анамнеза выделяется несколько стереотипных фаз психологической реакции больных на выявление опухоли в молочной железе, на развитие осложнений лечения, при сообщении им о близости смерти.

1. *Шоковая реакция*, связанная с осознанием больной наличия опасности. В связи с выявлением опухоли в молочной железе 92,9% больных ретроспективно отмечают субъективное «чувство шока», панику, тревогу, растерянность, страх перед смертельно опасным заболеванием, боязнь утраты женственности и нарушения сексуальных отношений после мастэктомии. При сообщении о развитии осложнений лечения (рожистое воспаление, отек конечности...) реакция больных такая же и связана с неопределенностью длительности лечения, возможной болью, субъективно воспринимаемых как крушение ближайших жизненных планов. Обозначенная близость смерти при прогрессии заболевания вносит неопределенность «сколько осталось жить», крах всех жизненных целей, особенно у молодых больных. Кроме этого, необходимо подвести логический итог предшествующей жизни, сделать распоряжения наследственно-имущественного и производственного характера, что воспринимается больными, как непреодолимое препятствие.

2. *Реакция вытеснения (отрицания)*, связанная с тем, что психика человека не в состоянии вынести переживаний, обусловленных полученной информацией, и старается вытеснить ее. В сознании женщины при выявлении опухоли это звучит примерно так: «Врачи (или я сама) ошибаются. Со мной этого не может быть. Я родила троих детей, всех кормила грудью до года. У меня не было ни одного аборта. Ведь все говорят, что рак груди бывает только у тех, кто не кормит грудью и делает много аборт». Это отрицание болезни у ряда больных является основой для формирования «страусино» поведения, запоздалого обращения за медицинской помощью. Такое же отрицание наблюдается при сообщении о близости жизненного финала. Женщины пытаются убедить себя и окружающих, что этого не может быть. «У меня есть маленький ребенок, которого надо воспитывать, давать дорогу в жизнь. Кроме меня он никому не нужен. Поэтому я не могу умереть». Или

«Мою работу никто не сможет сделать так же хорошо, как я. Поэтому я не могу ее оставить».

3. *Реакция агрессии*, связанная с поиском причины развития болезни. У больных РМЖ в анамнезе эта реакция встречается очень редко (3,0%), что связано с редуцированной способностью выражать гнев или агрессию. Чаще всего объектом агрессии становится сама женщина. Нередко больные так формулируют причину своего заболевания: «Так мне и надо. Развившееся заболевание — это наказание за перенесенные аборты». Значительно реже женщины обвиняют своих мужей (или других родственников), которые «не обеспечили должного уровня бытового и семейно-сексуального комфорта». Еще реже объектом агрессии становятся медицинские работники, которые «плохо лечили болезнь или допускали оплошности» на предшествующих этапах лечения.

4. *Реакция депрессии*, проявляющаяся мыслями о собственной обреченности, чувствами тоски и печали, безнадежности, несбывшихся надежд и планов, встречается в анамнезе у 80,2% больных РМЖ. Нередко депрессивные переживания сопровождаются пассивными суицидными попытками в форме сознательного отказа от медицинской помощи (7,4% больных) на фоне очевидного диагноза: «Я сама во всем виновата, у меня рак груди, не надо отодвигать мой мученический конец, который неизбежен, утруждать других людей бесполезными хлопотами обо мне». В целом «застревание» больных РМЖ на стадии реакции отрицания или депрессии встречается не менее, чем у 20% больных и является основой несвоевременного обращения за медицинской помощью при выявлении опухоли, запоздалого лечения осложнений, позднего назначения обезболивающей терапии и невозможности соблюдения правила этапного перехода от ненаркотических к наркотическим анальгетикам.

5. *Реакция принятия факта болезни*. При первичном выявлении опухоли или развитии осложнений происходит обращение больной за медицинской помощью. У больных с генерализованным заболеванием прежде всего происходит переоценка жизненных ценностей. Многие ранее преобладавшие материальные ценности и меркантильные побуждения уходят на второй план. Наиболее значимыми становятся духовные, культуральные, интеллектуальные ценности. Иногда можно наблюдать очень глубокое преобразование личности, развитие души. Даже жесткие структуры копинговых процессов меняются в сторону развития более адаптивных стратегий духовно-религиозного направления.

У разных больных развитие психологических реакций происходит неодинаково. Степень выраженности отдельных фаз и их

длительность могут варьировать. При развитии генерализации рака, вследствие его быстротечности, больные не всегда достигают фазы принятия факта болезни.

Фоновыми чертами личности, которые обеспечивают такую последовательность психологических реакций, являются алекситимия и снижение фрустрационной толерантности.

Алекситимия

Что такое алекситимия?

Алекситимия представляет собой многомерный гипотетический конструкт, определяемый следующими характеристиками:

1. трудность в идентификации и описании чувств,
2. трудность в проведении различия между чувствами и телесными ощущениями,
3. снижение способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения,
4. предпочтительное фокусирование больше на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Методики определения алекситимии

Для качественной и количественной оценки алекситимии применялись Архитипный тест и Торонтская алекситимическая шкала.

Архитипный тест — проективная методика. Пациентку просят сделать рисунок, который объединил бы 9 символов: водопад, меч, убежище, пожирающее чудовище, что-то циклическое, что вращается по кругу, действующий персонаж, вода, животное и огонь, — а затем написать короткий рассказ, объясняющий рисунок. Если символическая функция нарушена, пациент не в состоянии создать миф. Он не способен защищаться от тревоги и интегрировать смысл (рассказ) и образ (рисунок). По мере увеличения степени алекситимии содержание и форма рисунков утрачивают искусность, оригинальность и связность. Такие лица часто начинают испытывать беспокойство и проявляют явную скованность, когда им предъявляют этот тест. Те, у кого символическое функционирование наиболее нарушено, демонстрируют бессвязные символы и примитивную организацию рисунка.

Торонтская алекситимическая шкала (TAS) представляет собой самостоятельно заполняемый опросник, состоящий из 26 пунктов. Испытуемая характеризует себя по каждому из пунктов от «совершенно верно» до «совершенно не согласна».

Среди женщин, страдающих РМЖ, наименьший алекситимический индекс, определяемый при помощи TAS, составил 35 баллов, наибольший — 89. Гистограмма распределения индексов алекситимии представлена на рис. III.2.5.1. Средний балл составил 67.

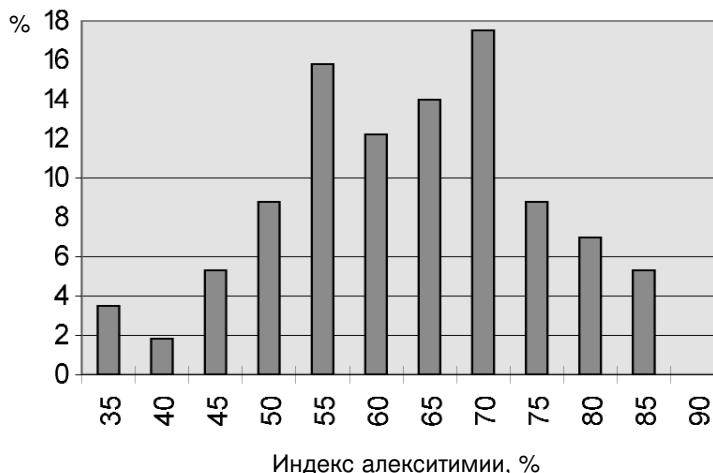


Рис. III.2.5.1. Распределение индекса алекситимии у больных РМЖ.

Таким образом, средний балл алекситимии среди больных РМЖ оказался выше, чем в традиционной «психосоматической» выборке (64,8), хотя это отличие статистически не достоверно. Обращает на себя внимание, что распределение показателя алекситимии имеет «двугорбый» характер. При этом 35% больных образуют «неалекситимичную» выборку (индекс алекситимии менее 60); 52% женщин характеризуются показателем алекситимии более 65 и образуют «алекситимичную» выборку, а 13% больных находятся в зоне сомнения.

При исследовании характера сопутствующей терапевтической патологии выявлено, что 84% женщин страдали артериальной гипертензией разной степени выраженности. Гипертоническая же болезнь рассматривается традиционно как психосоматическое заболевание.

При обследовании с использованием Архитипного теста задание оказывается выполнимо только для 13% больных РМЖ. Ос-

тальные женщины не в состоянии продемонстрировать не только примитивную организацию рисунка, но даже банальное символическое изображение ряда образов. У 40% женщин задание вызывает беспокойство, явную скованность, жалобы на головную боль и просьбу разрешить отсрочить выполнение задания на 1-2 дня. Рисунки у них имеют примитивную организацию, а изобразить «пожирающее чудовище» им просто не по силам.

Для больных характерно не только снижение способности выражать агрессию, но и склонность считать факторы агрессии заведомо преобладающими, фатальными, сопротивление им — бессмысленным. В жизненных ситуациях же в качестве объекта для агрессии выступает сама больная женщина.

«Меч» — может рассматриваться как орудие убийства (то есть агрессии) или как средство защиты. Более реальной является вторая версия. Трудности в изображении «меча» встречаются у 31% женщин. Маленький схематичный «меч» изображают 17% больных, защититься таким мечом от явно преобладающей агрессии невозможно. Интересно, что 49% больных изображают меч очень большим и называют его «орудием для убийства». При этом человек, который должен им воспользоваться, значительно меньше в размерах. Это свидетельствует о том, что женщины представляют себе средства защиты от агрессии, но использовать эти средства они не в состоянии.

Таким образом, интерпретация картинки «меч» позволяет говорить не только о редуцированной способности выражать агрессию, но и о неразвитой системе защиты от агрессии.

Одним из способов защиты от неблагоприятных факторов среды является использование «убежища». Изображение «убежища» довольно примитивное, но интересен ассортимент возможных укрытий: канава «мой дом — моя крепость», убежище на двоих (мужчина и женщина), пещера (подземелье). Как правило, для больных РМЖ характерно стремление самостоятельно в одиночку спрятаться в какое-то углубление в земле и переждать действие неблагоприятных внешних факторов. Только 12% женщин предполагали необходимость переживать неблагоприятные времена с мужчиной (мужем) и никто — в коллективе. Не обобщая коммуникативные свойства больных, можно заметить, что в борьбе с факторами агрессии внешней среды они полагаются только на себя, необходимость и возможность коллективной защиты для них отсутствуют.

При изображении «огня», «воды», «падающей капли» больные раком молочной железы обычно изображают их в виде препятствия, нередко непреодолимого. Огонь как символ разруше-

ния изображают 40% женщин. Вода в виде реки или водопада символизируют препятствие на 47% рисунков. Таким образом, для больных характерна еще одна черта — фиксация на препятствии, многие жизненные события представляются им непреодолимыми барьерами, хотя на самом деле таковыми не являются.

Таким образом, можно отметить, что для многих больных раком молочной железы оказалась характерна выраженная алекситимия. Наиболее общими чертами являются следующие:

- трудности в общении и образовании дружеских связей;
- неспособность понимать причины многих событий, удовлетворенность знанием внешних формальных проявлений;
- неспособность воспринимать поддержку в трудных ситуациях;
- трудности в идентификации собственных чувств;
- редуцированная способность выражать агрессию или сопротивляться ей;
- примитивность представлений о средствах защиты от агрессии, особенно о коллективных средствах защиты;
- фиксация на препятствии.

Выраженность этих проявлений, существование их в течение многих лет, предшествующих заболеванию, что отмечают сами женщины, позволяет рассматривать алекситимию как психологическую черту больных, но и как один из возможных психологических предшественников рака молочной железы.

Фрустрационная толерантность

В отечественной психологии фрустрация рассматривается как один из видов психических состояний, выражающихся в особенностях переживаний и поведения, вызываемых объективно непреодолимыми (или субъективно так воспринимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решения задачи. Под фрустрационной толерантностью понимается способность человека противостоять разного рода жизненным трудностям без утраты психологической адаптации.

Для количественной оценки фрустрационной толерантности используется тест Розенцвейга, который был предложен в 1944 году. В настоящее время используется вариант, адаптированный Н.В. Тарабриной в НИИ им. В.М. Бехтерева. Тест Розенцвейга — проективная методика, состоящая из 24 рисунков, изображающих конфликтные ситуации. Профиль личности в тесте Розенцвейга представлен в таблице III.2.5.1.

Таблица III.2.5.1

**Распределение показателей шкал теста Розенцвейга
у больных раком молочной железы**

Шкала		Распределение показателя					
GCR	Интервал показателя	18,0-30,0	30,1-40,0	40,1-50,0	50,1-60,0	всего	среднее 32,2±3,8
	Число наблюдений, %	28,6	50,0	12,8	8,6	100,0%	Контрольная группа 60,0
E	Интервал показателя	14,6-30,0	30,1-45,0	45,1-60,0	более 60	всего	среднее 45,5±5,5
	Число наблюдений, %	30,0	22,9	21,4	25,7	100,0%	Контрольная группа 48,2
I	Интервал показателя	10,4-26,4	26,5-36,8	36,9-50,0	более 50	всего	среднее 36,8±4,5
	Число наблюдений, %	32,9	24,3	21,4	21,4	100,0%	Контрольная группа 26,4
M	Интервал показателя	0,0-5,9	6,0-11,9	12,0-17,9	18,0-24,9	25,0-35,4	среднее 16,9±2,0
	Число наблюдений, %	12,9	24,9	4,9	37,0	21,3	Контрольная группа 24,9
O-D	Интервал показателя	10,4-20,0	20,1-30,0	30,1-40,0	40,1-50,0	всего	среднее 29,7±3,6
	Число наблюдений, %	17,1	37,1	28,6	17,2	100,0%	Контрольная группа 34,0

Продолжение таблицы III.2.5.1

Шкала		Распределение показателя					
E-D	Интервал показателя	14,6-25,0	25,1-35,0	35,1-45,8		всего	Контрольная группа 35,6
	Число наблюдений, %	51,4	28,6	20,0		100,0%	
N-P	Интервал показателя	20,8-30,0	30,1-40,0	40,1-50,0	50,1-60,4	всего	среднее 41,7±5,0
	Число наблюдений, %	17,1	28,6	15,7	38,6	100,0%	Контрольная группа 30,0

Для больных РМЖ характерна очень плохая адаптируемость. Показатель G.C.R. составляет 32%, лишь у некоторых женщин он приближается к 60%. Считается, что личность может быть охарактеризована как низкоадаптированная при снижении G.C.R. менее 60%, у большинства больных РМЖ этот показатель оказывается более чем в 2 раза меньше критического.

По шкале O-D имеется достаточно правильное распределение со средним значением 29% среди больных РМЖ, что не отличается от такового в контрольной группе (34%). Это свидетельствует о том, что эти больные не склонны подчеркивать факт своего заболевания, как фрустрирующего события, равно как и не могут полностью отказаться от него, так как косметический внешний дефект после мастэктомии постоянно напоминает о заболевании.

По шкале E-D отмечается выраженное смещение влево распределения показателя от медианы для здоровых женщин. Среднее значение показателя E-D составило среди больных РМЖ 27%, что достоверно меньше, чем в контрольной группе (35%).

Снижение величины E-D говорит о том, что в конфликтных ситуациях больные раком молочной железы не склонны ни к самозащите, ни к поиску виновного лица. Для них куда более важ-

ным является стремление к разрешению ситуации, поскольку она выводит их из состояния эмоционального равновесия.

В частности, у больных РМЖ показатель N-P повышен до 41% по сравнению с 30% в контроле. При решении вопроса о том, кто же является ответственным за разрешение ситуации, выбор, как правило, приходится на саму женщину. Это вполне соответствует достаточно распространенному среди наших больных взгляду на саму себя как безусловный источник происходящего и повышенным требованиям к самой себе, что обусловлено интернальным типом локуса субъективного контроля. В тесте Розенцвейга это же положение подтверждается высокими значениями показателя I (у больных РМЖ 36%; по сравнению с 26% в контроле), что однако может быть объяснено и астенизацией больных.

Взаимодействия с окружающими у большинства больных РМЖ не отличаются от здоровых людей. Средние значения показателя E среди больных РМЖ и в контрольной группе не отличаются между собой (45% и 48%, соответственно).

В распределении показателя E среди больных РМЖ выделяется группа из 30% женщин с очень низкими значениями показателя. Обычно такая заниженная требовательность к своему окружению связана с астенизацией больных и повышенной требовательностью к самой себе. У 25% больных напротив зарегистрированы очень высокие значения по шкале E, что свидетельствует о завышенной требовательности больных к своему окружению, особенно ближайшему, что приводит, с одной стороны, к социальной изоляции женщин, с другой, — к развитию вокруг них избытка конфликтных ситуаций, к которым они очень чувствительны. В результате этого развивается порочный круг, приводящий к психогенному дистрессу.

Действительно, наши больные проявляли повышенные требования к своему окружению, искали таким образом для себя зону психологического комфорта, в которой окружающие их люди не вызывали бы отрицательных эмоций, требующих напряжения адаптационных способностей. Более того требовательность к своему окружению, нежелание и неспособность расширить его являются причиной изоляции больных. За кажущейся внешней общительностью и доброжелательностью, за этой маской, обусловленной нормами и правилами общественной морали, истинную социальную изоляцию больных не всегда бывает просто рассмотреть.

По шкале M большинство больных имеют низкие показатели (16% в сравнении с 24% в контроле). Это позволяет харак-

теризовать их как эмоционально незрелые личности, как людей несклонных к занятию примиренческой позиции или принятию компромиссного решения. Это усугубляет состояние порочного круга конфликтных ситуаций вокруг больных РМЖ, который был описан выше. Сами больные отмечали за собой такие черты как: а) «фанатичная борьба за чистоту в доме»; б) бескомпромиссные попытки искоренения пьянства в своей семье; в) болезненно-педантичное исполнение производственных обязанностей; г) лелеящее отношение к собственным детям.

Таким образом, для больных РМЖ характерны следующие черты личности:

- общее снижение фрустрационной толерантности и адаптивности личности;
- повышение требовательности к окружающим, что, с одной стороны, приводит к изоляции больных, с другой, — сопровождается развитием вокруг этих женщин конфликтных ситуаций;
- эти больные не склонны к принятию компромиссного решения или к примиренческому поведению, что также создает предпосылки для фрустрации со стороны окружающих.

Все люди в большей или меньшей степени подвергнуты действию стрессорных факторов. Однако, у каждого человека существует некоторый порог чувствительности к действию факторов внешней среды. Поэтому не каждая «психотравмирующая» ситуация обладает фрустрирующим действием. Более того, в рамках психологической защиты человек выбирает обычно такие формы поведения, чтобы избежать стресса. Для больных РМЖ, напротив, не характерна склонность к примиренческому поведению или компромиссам. В результате этого фрустрирующих ситуаций вокруг них больше обычного. Стремление к самостоятельному разрешению конфликтов при этом обеспечивает действенность фрустрации. Образуется порочный круг, который является основой для развития хронического некупированного психогенного дистресса. Такой дистресс приводит, с одной стороны, к снижению качества жизни больных, с другой, является основой для нарушения гормонального баланса, что сказывается на опухолевой прогрессии (рис. III.2.5.2).

Таким образом, для больных раком молочной железы характерны некоторые психологические особенности. Наиболее часто отмечаются алекситимия и снижение фрустрационной толерантности. Эти особенности являются основой для стереотип-

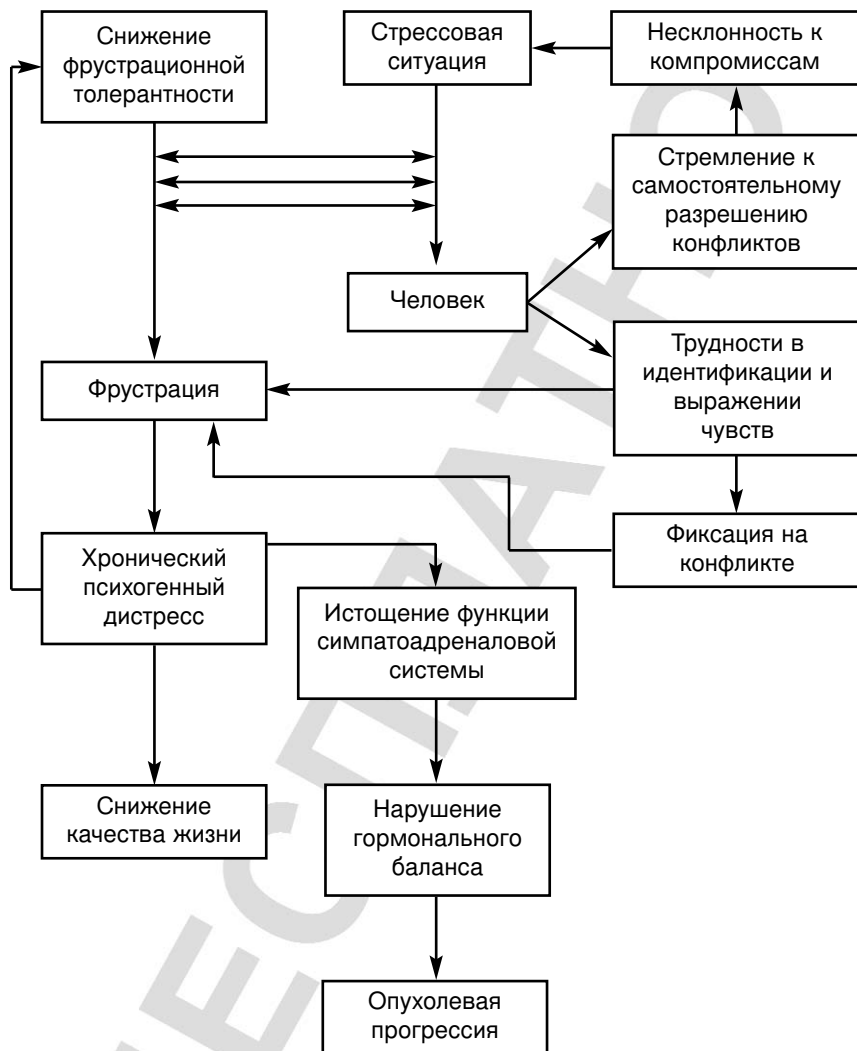


Рис. III.2.5.2. Влияние стрессовых ситуаций на качество жизни, на нарушение гормонального гомеостаза и опухолевую прогрессию.

ных психологических реакций на любое психотравмирующее событие: выявление опухоли в молочной железе, развитие осложнений лечения, сообщение о близости смерти. Стереотипные психологические реакции включают в себя: шоковую реакцию, реакцию отрицания, реакцию агрессии, реакцию депрессии, реакцию принятия факта болезни. Коррекция психологических особенностей личности больных РМЖ должна рассматриваться как составная часть специфического противоопухолевого лечения.

Литература

1. *Асеев А.В., Бала Л.Н.*//Маммология. — 1996. — N2. — сс.39-44.
2. *Асеев А.В., Васютков В.Я., Мурашева З.М. и соавт.*//Маммология. — 1995. — N2. — сс.15-19.
3. *Великоруг А.Н., Овчарова Р.В., Дрегалю А.А. и соавт.*//Паллиативная медицина и реабилитация. — 1997. — N2. — сс.39-40.
4. *Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и соавт.* Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах (методическое пособие).//С.-Петербург. — Изд. и-та им. В.М. Бехтерева. — 1993.
5. *Тарабрина Н.В.* Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций.//Л. — 1984. — 24с.
6. *Greer S., Morris T.*//Soc.Sci.Med. — 1985. — Vol.20. — pp.773-777.
7. *Greer S., Morrey S.*//Europ.J.surg.Oncol. — 1987. — Vol.13. — N6. — pp.511-516.
8. *Solomon G.M.*//Advances. — 1985. — Vol.2. — N10. — pp.6-19.
9. *Stoll B.A.* Psychosomatic factors and tumor growth in risk factors in breast cancer.//Heinemann Medical. — London. — 1976.
10. *Evans E.A.* Psychological of cancer.//Dodd-Mead. — New York. — 1926.
11. *Forsen A.*//Psychother.Psychosom. — 1991. — Vol.55. — N2-4. — pp.176-185.
12. *Greer S.*//Psychol.Med. — 1991. — Vol.21. — N1. — pp.43-49.

III.2.6. ПСИХООНКОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Введение

Во второй половине двадцатого столетия оформилось множество новых дисциплин на стыке различных научных направлений: психофизиология, нейропсихология, психонейроиммунология и др. И хотя уже многие врачи древности говорили о тесной связи между психической сферой человека и злокачественными новообразованиями, лишь в последние годы окончательно оформилось направление под названием психоонкология. Ее развитие происходило на фоне возрастания интереса к психологическим аспектам соматических заболеваний в целом, подогретого рождением психосоматического направления в медицине. Принято считать, что последнее включает в себя три основных аспекта:

- 1) влияние психики на возникновение и развитие той или иной телесной патологии (психосоматические взаимоотношения);
- 2) влияние патологических изменений различных органов и систем на психическую сферу (соматопсихические взаимоотношения);
- 3) участие психических факторов в процессе лечения соматического больного.

В последнем случае речь фактически идет о психотерапии. Все вышеуказанные аспекты напрямую относятся и к психоонкологии.

Наиболее четкое определение психоонкологии, дает Грир С. (Greer S.). По его мнению психоонкология — это наука, которая касается психологических и социальных аспектов рака. Ее первейшая цель — облегчить эмоциональный дистресс, который развивается у многих пациентов. Поле исследования этого направления включает в себя: психологические и социальные последствия заболевания раком и его лечения для больных и их семей; разработку и оценку психологических методов помощи пациентам с целью повышения качества их жизни и, возможно, ее продолжительности; изучение роли стрессовых ситуаций, депрессии и личностных особенностей в развитии и прогрессировании рака; этические аспекты и многое другое.

Несмотря на то, что официальная история психоонкологии насчитывает всего лишь несколько десятилетий, фактически по

продолжительности она равна истории медицины вообще. Еще Гален отмечал, что женщины-меланхолики заболевают раком значительно чаще чем женщины-сангвиники. Нанн Т. (Nunn T.) в качестве примера влияния эмоциональных факторов на рост опухоли приводит случай летального прогрессирования рака молочной железы у женщины вскоре после смерти мужа. Известный отечественный клиницист Захарьин Г.А. писал, что у старых людей от огорчения бывают две болезни — рак и диабет, и что процент рака на почве горя также велик, как процент сухотки на почве сифилиса. Подобные же идеи высказывал в 30-е годы и Рудницкий И. Однако, несмотря на явное согласие исследователей конца XIX, начала XX века с тем, что психологические проблемы личности тесно связаны с раком, интерес к этому вопросу ослабел в связи с прогрессом в хирургическом и ином лечении новообразований.

Взгляды исследователей вновь обратились к описываемой проблематике после второй мировой войны. Группа ученых под руководством А. Сазерлэнда (A. Sutherland) одна из первых сообщила о психологических реакциях у больных после мастэктомии и колостомии. В эти же годы к проблемам психоонкологии активно обращаются психоаналитики. Их исследования касаются прежде всего возможной роли психологических факторов в этиологии злокачественных новообразований. Так Лешан Л. (LeShan L.) на основе обследования 500 больных раком делает выводы об истории развития личности, предрасположенной к данному заболеванию и возможных психотерапевтических интервенциях, направленных на полное (!) излечение. Заслуживают упоминания и работы К. Саймонтона (C. Simonton), который, хотя и не является психоаналитиком, тем не менее придерживается сходных с Лешаном взглядов. Он использовал так называемый метод визуализации, с тем, чтобы помочь пациентам справляться с имеющимся заболеванием, убивая раковые клетки в своем воображении. Однако, несмотря на единичные сообщения о выздоровлении, надежды в этом направлении не оправдались и интерес к изучению психологической составляющей в этиологии рака поостыл. В дальнейшем стали говорить скорее не о полном излечении, а об увеличении продолжительности жизни онкологических больных под влиянием психотерапии. Одним из пионеров в этой области является Д. Шпигель (D. Spiegel). Вместе с группой коллег он показал, что психосоциальная интервенция статистически достоверно увеличивает продолжительность жизни больных с метастатическим раком молочной железы.

Излишне было бы упоминать, что на протяжении всей истории медицины вообще усилия не только психиатров или психотерапевтов, но и тысяч врачей различных специальностей, были направлены на то, чтобы тем или иным способом облегчить страдания онкологических больных (как физические, так и психологические), порой без всякой надежды не только на выздоровление, но и на увеличение продолжительности их жизни.

Вышеприведенная краткая история психоонкологии конечно же не охватывает всех достижений в этой области. В настоящее время, как показывает анализ литературы, психоонкология включает в себя четыре основных направления:

1. Психосоматическое, изучающее влияние тех или иных психических факторов на возникновение и развитие злокачественных новообразований.
2. Соматопсихическое, которое касается влияния уже имеющегося онкологического заболевания на психическую сферу.
3. Психофармакотерапия и психотерапия онкобольных.
4. Психотерапевтическая помощь больным и всем тем, кто находится в непосредственном контакте с ними (родственники, медицинский персонал и т.д.).

В период становления психоонкологии как новой научной дисциплины большой вклад в ее развитие внес ряд профессиональных медицинских организаций Европы и США. Среди них необходимо упомянуть «Европейскую группу по психосоматическим исследованиям», «Британскую группу по психосоциальным исследованиям в онкологии» и др., благодаря усилиям которых проводились регулярные конференции, публиковались монографии в рамках психосоциальных исследований в онкологии. В дальнейшем был организован ряд профессиональных, уже психоонкологических сообществ. Так, в 1984 году было создано Международное психоонкологическое общество (IPOS), а в 1986 — Европейское общество психосоциальной онкологии (ESPO). К настоящему времени в области психоонкологии существуют как региональные, так и международные образовательные программы. С 1982 года издается *Journal of Psychosocial Oncology*, а с 1992 — *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*.

Таким образом, несмотря на молодость, психоонкология — бурно развивающееся направление, уже имеющее свои крупные достижения.

Психосоматические аспекты злокачественных новообразований

Как отмечалось, интерес к изучению участия психологической составляющей в этиологии злокачественных опухолей существовал у исследователей всегда. В этом отношении имеются работы, касающиеся:

- 1) связи депрессии и рака;
- 2) влияния стресса на развитие опухолей;
- 3) предрасположенности к болезни лиц с определенной личностной организацией.

Всех исследователей, занимающихся изучением связи рака и депрессии, можно поделить на тех, кто не находит связи между двумя этими видами патологии, и на тех, кто эту связь видит. В стане последних также нет единодушия. Ряд авторов утверждает, что депрессивное настроение является фактором, предрасполагающим к развитию опухоли, и нередко его можно рассматривать в качестве предиктора развития заболевания. В этом отношении интересна работа отечественных авторов В.М. Матошина и Х.Ш. Дгебуадзе, проведенная ими в 1956 году. На основе обследования 36 больных раком различной локализации они показали, что еще задолго до развития опухоли, то есть в предраковом периоде, у многих пациентов наблюдалось нарушение сна, связанное с теми или иными психологическими проявлениями дистресса. Из своих наблюдений авторы делают вывод о возможности использования этого признака для профилактики злокачественных новообразований.

Депрессивное состояние принято считать психологической самодеструкцией, которая нередко приводит и к телесным повреждениям, или даже к смерти в результате парасуицидов или завершенных суицидов. С этой точки зрения раковую опухоль рассматривают в качестве физической аутодеструкции. Имеется множество примеров, когда онкобольные (которые, исходя из элементарной логики, должны были бы «хвататься за соломинку» чтобы выжить) продолжали курить, принимать алкоголь, работать на вредном производстве, а то и вовсе отказывались от лечения. Весьма показательны в этой связи слова знаменитого киноактера Вуди Аллена (Woody Allen), который сказал, что вместо того, чтобы заболеть депрессией, он заболел раком. Эти слова отражают иную точку зрения, заключающуюся в том, что депрессия отнюдь не является предиктором злокачественной опухоли, а человек, имеющий тенденции к саморазрушению, неосознанно выбирает, каким путем он убьет себя (депрессия и суицид, рак, алкоголизм и т.д.).

При этом имеются свидетельства того, что депрессивное состояние приводит к повышению уровня кортикостероидов в организме. Последние, в свою очередь, способствуют снижению клеточного иммунитета, результатом чего является рост и развитие опухолевых клеток. Обнаружено также снижение активности естественных киллеров у лиц, переживающих апатию и депрессию.

С помощью вопросника, позволяющего обнаружить склонность к депрессии, проводилось тестирование свыше 2000 здоровых лиц. Повторное их обследование через 17 лет выявило четкую связь между повышением по депрессивной шкале и смертностью от рака. Вместе с тем, другие исследования, проводимые по этому же тесту, не подтвердили полученных данных.

Литература, посвященная изучению роли стресса в развитии злокачественных опухолей, настолько обширна, что потребовался бы не один десяток обзоров, чтобы осветить ее. Причем, исследования, проводимые в этом направлении, касаются как изучения стрессовых событий у людей, так и экспериментального стресса у животных. Несмотря на противоречивость результатов, большинство авторов все же признает определенное участие стресса в этиологии опухолевого процесса. Вопрос, скорее, остается открытым в отношении того, каким образом осуществляется это участие. Попытки ответа на этот вопрос фактически привели к появлению новой научной дисциплины — психонейроиммунологии. Общеизвестен факт, что переживание сильного стресса приводит к нарушению иммунного статуса. В частности, показано, что после потери близкого человека иммунитет восстанавливается в среднем в течение года. Подобные наблюдения позволили сделать вывод о том, что если в случае классических психосоматических заболеваний (бронхиальная астма, язвенная болезнь, гипертоническая болезнь и др.) медиатором между психической и соматической сферами является вегетативная нервная система, то при развитии злокачественных новообразований подобным медиатором служит иммунная система. Существует также мнение, что стрессовые события способствуют отнюдь не возникновению онкозаболевания, а скорее его прогрессированию.

Многочисленные исследования показывают что оказывать влияние на опухолевый рост может не сам стресс, как таковой, а определенный способ переживания его. Другими словами, важно не само событие, а то, с каким именно человеком оно произошло, то есть его личностные характеристики.

Связь определенных личностных особенностей с развитием тех или иных соматических заболеваний привлекала внимание

многих психосоматически ориентированных исследователей. Так, описан тип личности «А», характерный для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями; тип «В», предрасполагающий к развитию желудочно-кишечных расстройств. В последние десятилетия все больше информации появляется о типе личности «С», обладатели которого склонны к возникновению злокачественных опухолей. Лица, принадлежащие к этому типу, обнаруживают трудности в выражении гнева и иных негативных эмоций (в частности, тревоги и печали). Они демонстрируют повышенные социальность, старательность, дисциплинированность. Внешне такие люди кажутся весьма приспособленными к жизни. Они рассудительны, реалистичны, поддерживают гармонические отношения с миром, соглашаются с авторитетами. Но эта внешняя социальная приспособленность дается им ценой хронического эмоционального напряжения, дистресса. Они сверхконцентрированы на удовлетворении нужд других людей и не прислушиваются к своим собственным.

В 1940 году доктор Томас (Thomas) обследовала 1300 студентов на предмет тех или иных личностных особенностей. При каппаместическом исследовании оказалось, что те из них, кто в дальнейшем заболел раком, обнаруживали тяжелые переживания отсутствия близости с родителями, трудности в проявлении сильных чувств, нередко — депрессивное настроение. При этом отмечается, что последний признак характерен для этой группы даже в большей степени, чем для тех, кто совершил суицид.

Многие авторы концентрировались не столько на определенных личностных характеристиках, сколько на особенностях тех или иных событий, сопровождающих развитие индивидуума как в детстве, так и в последующей взрослой жизни. Было выявлено, что незадолго до возникновения злокачественной опухоли многие пациенты отмечали утрату значимых эмоциональных связей. Все они характеризовались склонностью связываться с каким-либо одним объектом (будь то человек или работа, долг и т.д.) в большей степени, чем склонностью к самостоятельному развитию собственной индивидуальности. В случае исчезновения «обожяемого» объекта и при отсутствии навыков справляться с возникшей ситуацией, возникает чувство глубокого одиночества. Ранние годы подобных пациентов отмечены чувством одиночества, брошенности, отчаяния. Слишком большая близость с другими людьми вызывала у них трудности и казалась опасной. В юношеском возрасте они либо устанавливали глубокие отношения с кем-либо или же получали огромное удовлетворение от своей работы. В это они вкладывали всю свою энергию, воспринимая от-

ношения или работу смыслом всей своей жизни. В дальнейшем, теряя близкого человека или социальную роль (смерть, переезд на новое место жительства, увольнение с работы, уход на пенсию и т.д.), подобные личности испытывают глубокое отчаяние, в точности такое же, как в ранний период своего развития. Особенно важным является то, что их отчаяние не имеет выхода, они переживают его «внутри», «в себе». При этом окружающие нередко воспринимают онкобольных как людей необыкновенно «хороших», коммуникабельных, говоря о них: «Ах, какой милый, приятный человек!», или «Она просто святая». Но, в действительности, за этой «мягкостью», «хорошестью» скрывается неспособность поверить в себя, полная потеря надежды. Растущее отчаяние, не имея выхода, приводит к тому, что таких людей более ничто не удерживает в жизни, в смерти они видят единственный для себя выход.

Фактически на пути к болезни и смерти человек проходит пять этапов:

- 1) детское развитие, приводящее к формированию определенного типа личностного реагирования, чаще всего по типу реакции отчаяния в кризисных ситуациях;
- 2) события, вызывающие сильнейший стресс; чаще всего это смерть супруга (супруги) или другого близкого человека;
- 3) неспособность индивида справиться со стрессом. Последняя часто связана с тем, что человек не в силах изменить установившиеся стереотипы своего реагирования и поведения (так, например, мужчина, видевший смысл жизни в работе, ощущает себя в безвыходной ситуации, выйдя на пенсию; или женщина, посвятившая всю свою жизнь семье и супругу, чувствует себя в тупике после измены мужа;
- 4) ощущение беспомощности, безвыходности, отчаяния, неразрешимости возникшей ситуации;
- 5) болезнь и смерть, как возможность выхода из сложившегося тупика.

Следует отметить, что этот процесс отнюдь не вызывает злокачественный рост клеток, а лишь способствует ему. Последнее время появляется все больше работ, показывающих, что ни те или иные канцерогены (никотин, алкоголь и др.), ни стиль личностного реагирования на стрессы (тип «С») по отдельности не могут инициировать развитие опухоли; необходимо сочетание обоих факторов.

Говоря о личности, склонной к возникновению раковых заболеваний, хотелось бы упомянуть работу отечественного авто-

ра Непомнящей Н.И., опубликованную в порядке дискуссии. В ней автор выдвигает гипотезу, что одной из основных черт онкобольных является особая инфантильность. Они скорее реагируют на «несерьезные» неприятности и адекватно не воспринимают сущность «серьезных». В этом они подобны детям. При столкновении с объективно тяжелым стрессом они как бы не хотят видеть действительной серьезности ситуации (психологическая защита, описанная многими, как отрицание), и их инфантильность углубляется. Процесс инфантилизации может оказаться настолько глубоким, что начинает захватывать те «детские уровни» организма, которые связаны с механизмами детского клеточного роста. Другими словами, углубление психологической регрессии приводит к регрессии соматической. Но в данном случае у взрослого человека процессы клеточного роста работают патологично, приводя к развитию злокачественной опухоли.

Немало внимания в последнее время уделяется так называемой алекситимии и ее участию в формировании тех или иных соматических заболеваний, в частности рака. Дословно «алекситимия» переводится как отсутствие слов для выражения чувств. Это понятие включает в себя:

- Трудности в распознавании и описании собственных чувств. Такие люди зачастую, находясь во власти сильных эмоций, отрицают их наличие.
- Затруднения в дифференциации эмоций и телесных ощущений.
- Трудности с образным мышлением. Мечты и фантазии подобных лиц бедны и невзрачны, в них отсутствует оригинальность.
- Фиксацию скорее на внешних событиях, а не на внутреннем мире и собственных переживаниях.
- Нарушение способности к эмпатии.

Лица с высоким уровнем алекситимии внешне, как правило, выглядят весьма «социальными» и повышенно конформными. Но подобная конформность мнимая; они живут как бы по инструкции, механически проживая свою жизнь. У них нередко возникают затруднения не только в идентификации собственных эмоций, но и в адекватном выражении их (в частности, гнева). Нетрудно увидеть, что многие черты алекситимиков схожи с характеристиками, данными выше для типа личности «С».

Нами на базе Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова и Рязанского обла-

стного клинического онкологического диспансера проводилась работа по выявлению некоторых личностных особенностей женщин, прооперированных по поводу рака молочной железы. Все они были обследованы по Я-структурному тесту Г. Аммона (G. Ammon) — ISTA, позволяющему количественно определить шесть бессознательных функций «Я» (агрессия, страх, внешнее и внутреннее отграничение, нарциссизм и сексуальность). Одной из центральных функций, позволяющих человеку справляться с трудностями, является так называемая конструктивная агрессия — активность, энергичность, предприимчивость, креативность. В психоонкологии для определения силы, позволяющей справляться и выживать, используют термин «дух борьбы» (fighting spirit). В нашем исследовании уровень конструктивной агрессии у пациенток оказался почти на 20% ниже, чем в общей популяции, что свидетельствует о недостаточности жизненной силы у женщин, страдающих раком молочной железы.

Имеются данные о том, что одной из основных проблем онкобольных являются трудности в удовлетворении нужд и потребностей. Наш опыт свидетельствует о том, что отсутствие удовлетворения собственных потребностей ведет к заниженной самооценке у больных, и, чтобы почувствовать себя значимыми и важными, они заботятся об удовлетворении потребностей других людей (детей, внуков, иных родственников), что является своеобразной компенсацией так называемой «нарциссической раны» (З. Фрейд). Так, например, когда в палате кому-либо из пациенток становилось особенно плохо, остальные чрезвычайно активно стремились привлечь психотерапевта к оказанию помощи, при этом та, которая в ней нуждалась, обычно никаких просьб не высказывала. Описанные наблюдения подтверждаются и высокими показателями по шкале деструктивного нарциссизма, которые почти в полтора раза превышали таковые в популяции.

Помимо довольно высокого уровня нарциссизма, у пациенток с раком молочной железы обнаружился и весьма искаженный образ собственного «Я». Многие, характеризуя себя, давали себе определения, схожие с теми, которые они давали матери. В качестве экспресс-метода для выявления нарушенной самоидентификации мы использовали тест, предложенный одним из авторов (Володин Б.Ю.), который назвали «тест-зеркало». Пациентке дают зеркало и просят ответить на один вопрос: «Посмотрите внимательно в зеркало и скажите мне, кто это?». Из 46 пациенток с раком молочной железы всего лишь 21 женщина при ответе на тест твердо говорила «Я», что, по нашему мнению,

является показателем прочности границ «Я». Остальные же отвечали «женщина», «человек», «какой-то человек», «наверное, я», называли имя, фамилию, а одна пациентка даже ответила: «и я, и не я».

При ответе на вопрос, с чем может быть связано нарушение самоидентификации, обращает на себя внимание то, что, характеризуя мать, практически все пациентки давали ей определение «добрая»; среди других встречались «любящая», заботливая» и т.д. Налицо идеализация образа матери, что, скорее всего, свидетельствует об осознанном восприятии лишь позитивной части интроецированного образа матери. Негативная же часть, оставаясь бессознательной, и оказывает свое патогенное воздействие на образ «Я».

Подытоживая изложение психосоматических аспектов онкологических заболеваний, следует отметить, что в настоящее время в этой области имеется больше вопросов, чем ответов. Однако практически не вызывает сомнения то, что психологический фактор принимает определенное участие в формировании и развитии злокачественных новообразований.

Соматопсихические аспекты злокачественных новообразований

Заболевание раком является одним из самых грозных, с которыми приходилось сталкиваться человечеству. Известие о диагнозе для многих людей является своеобразным «посланием смерти» и делит жизнь человека пополам — до и после... Трудно представить кого-либо, кто спокойно пережил бы этот факт. Если такое и случается, то речь при этом идет скорее всего об уже упомянутой выше защитной реакции в виде отрицания. Одна из пациенток: которую мы наблюдали, узнав, что у нее злокачественная опухоль, сказала: «Ха, для меня это все равно, что простуда».

Все психические реакции, которые наблюдаются у онкологических больных можно разделить на несколько видов:

1. Естественная, нормальная реакция переживания потери здоровья.
2. Различные психические изменения, не достигающие степени болезненного расстройства.
3. Невротические, прежде всего депрессивные реакции.
4. Невротические состояния (неврозы).
5. Психотические расстройства.
6. Паранеопластические психопатологические синдромы.

Результатом потери чего-то или кого-то, представляющих ту или иную значимость для человека является реакция горя

(траур). Причем, если сила эмоциональных переживаний зависит от важности потери, то их качество одинаково, независимо от того, потерял ли человек любимую ручку, или любимого супруга.

Переживание траура проходит ряд этапов. И, хотя их описания различными авторами отличаются друг от друга, наиболее общепринято выделение пяти стадий: шока и отрицания, гнева, печали, «торга» и принятия. Они не всегда протекают в указанной последовательности и у каждого человека имеют разную длительность. Порой они накладываются друг на друга, то есть когда предыдущий этап еще не пережит, может начаться другой.

Первой реакцией на сообщение о болезни и необходимости лечиться у врачей-онкологов является «оцепенение» (или, напротив, беспорядочные движения), растерянность, непонимание происходящего, страх, доходящий до чувства ужаса. В этот момент больные могут напоминать маленького ребенка, которому только что сказали, что он больше никогда не увидит своей мамы. Длительность подобной первоначальной реакции различна, но в целом довольно быстро человек успокаивается и говорит себе: «нет, этого не может быть!». Наступает стадия отрицания. Находятся различные рациональные доводы тому, что полученная информация не соответствует действительности. Пациенты начинают говорить себе: что, наверное, врачи ошиблись; что в рентгенограмму (УЗИ, эндоскопию) вкралась ошибка; что, возможно, их вообще перепутали с кем-то другим и т.д.

Необходимо различать этап отрицания, как стадию переживания потери и реакцию отрицания, которая является реакцией психологической защиты и может встречаться в любое время процесса траура. Если говорить еще точнее, психологическая защита скорее тормозит его. На этапе отрицания хотя и имеются переживания, описанные выше, человек в то же время частично понимает, что произошло то, что произошло, и лишь временно не может и боится поверить в случившееся. При формировании же психологической защиты в виде отрицания скорее отрицается не сам факт, а важность происшедшего. Вспомним больную, утверждавшую, что онкологическое заболевание для нее равноценно простуде. Но психологическая защита не только тормозит траур; в определенные моменты она может играть и позитивную роль. Ведь ее цель — защитить человека от переживания сильной душевной боли. Она как бы дает пациенту возможность переработать полученную информацию внача-

ле на бессознательном уровне, и лишь затем сделать ее доступной сознанию.

Проходит время, когда получено подтверждение диагноза, проведена операция и больше просто невозможно не верить в то, что случилось. Пациент входит во вторую стадию переживания утраты, стадию гнева. Гнев может быть направлен на что угодно и на кого угодно: на судьбу («почему такое случилось именно со мной?»), на родственников (которые «довели» до подобного состояния), на врачей (вовремя не распознавших первые симптомы заболевания), на себя (за то, что не соблюдал здоровый образ жизни и т.д.). Нередко гнев, также как и психологическая защита в виде отрицания, может быть защитным, он предохраняет от чувства отчаяния, безысходности, страха.

Третий этап — этап печали, горя. Печаль является именно той совершенно естественной эмоцией, которая «попадает в точку» переживания реакции утраты. Это — чувство, которое помогает человеку сказать прошлому «до свидания», оплакать потерю («работа печали», по З.Фрейду). На этом этапе, как впрочем и на предыдущем, могут возникнуть проблемы с переживанием и, тем более, выражением эмоций. Пациенты неосознанно блокируют их, нередко полностью отрезая себя от кажущейся невыносимой боли. Понимая, что тяжело больны, они в то же время не переживают по этому поводу никаких эмоций, — процесс отличный от формирования психологической защиты в виде отрицания, когда нет ни осознания угрозы, ни эмоций.

Стадия «торга» предвещает окончательное принятие реальности. Временами больные в полной мере начинают осознавать, что того, что было, уже не вернуть. Потом вдруг начинают размышлять: «А что было бы, если бы?», или «А что будет, если я обращусь к другому врачу, к экстрасенсу, к бабке?», «А вдруг произойдет чудо и я поправлюсь». Затем вновь приходит осознание того, что болезнь — это то, с чем придется жить до конца жизни. И так до тех пор, пока не наступит окончательное примирение со своей судьбой, окончательное принятие суровой действительности. Этот этап сопровождается чувством облегчения и расслабления. Пациенты больше смотрят в будущее, чем в прошлое, переосмысливают свою жизнь, находят иные приоритеты и цели.

В связи с вышеописанным процессом переживания утраты, да и не только с ним, необходимо поднять крайне важный вопрос об информировании пациента о диагнозе. Следует отметить, что дискуссии по нему не прекращаются на протяжении многих десятилетий. Но в настоящее время вряд ли можно услышать категори-

чные заявления, что стоит говорить всем и всегда или — никому и ни в коем случае. Большинство онкологов, психиатров, психотерапевтов, психологов придерживается того мнения, что сообщать о диагнозе следует, но вопрос заключается в том, — «как?». Утверждения, что надо жалеть пациента, оберегать его от переживания любых так называемых «негативных» эмоций постепенно уходят в прошлое. Вспомним, что долгий, трудный и болезненный процесс переживания утраты совершенно нормален и естественен. Ниже приводятся некоторые практические рекомендации, каким образом можно сообщить диагноз, не нанося этим психической травмы пациенту.

Во-первых, необходимо серьезно подумать, стоит ли давать человеку информацию о грозном заболевании, если он об этом не спрашивает? Наверное, — нет, поскольку, не интересуясь своим здоровьем, он, скорее всего, использует защитную реакцию в виде отрицания. И необходимо время, чтобы больной был готов услышать правду.

Во-вторых, если пациент не задает прямого вопроса о диагнозе, а пытается выяснить это окольными путями (спрашивая, например: «Доктор, а моя язва может переродиться в рак?», или «Почему с воспалением меня лечат в онкологическом диспансере?»), речь идет о сильном страхе узнать правду. В этом случае необходимо прояснить — насколько он способен услышать сообщение о точном диагнозе; не будут ли его чувства слишком болезненными. Можно, например, спросить: «А почему Вы задаете такой вопрос и какого ответа ожидаете?». Растерянность и беспокойство будут свидетельством того, что пациент не готов к принятию достоверной информации.

В-третьих, если вопрос был задан прямо: «Доктор, а что со мной? Какая у меня болезнь?», нужно прежде всего выяснить, с какой целью больной спрашивает это. Ведь информация может быть необходима ему для того, чтобы привести в порядок свои дела, как-то спланировать будущее, или для того, чтобы, узнав страшную новость, свести счеты с жизнью. Другими словами, прежде чем сообщать диагноз, необходимо убедиться в безопасности информации.

В-четвертых, вряд ли подлежит обсуждению, что любые сведения о здоровье пациента могут быть сообщены родственникам лишь с его согласия. Это — элементарное требование соблюдения врачебной тайны.

В-пятых, сообщая информацию о диагнозе, врач обязан рассказать: что это за заболевание; какие существуют методы лечения; каков возможный прогноз.

Возвращаясь к переживанию траура, отметим, что онкологические больные теряют не только здоровье как таковое. Утрата психологически значимого органа (молочной железы, матки, полового члена и др.) в процессе оперативного вмешательства также является тяжелой травмой. Для некоторых пациентов потеря социального статуса в связи с выходом на пенсию по инвалидности играет не меньшее психотравмирующее значение, чем само заболевание. Переживание траура возможно и вследствие утраты привычной роли в семье. Не следует забывать и о родственниках заболевших. Для них потеря здоровья близким человеком, изменение характера взаимоотношений с ним, также являются значимой травмой.

У многих онкологических пациентов наряду с переживаниями утраты, горя наблюдаются и те или иные — порой весьма интенсивные — психические изменения и переживания, не достигающие, тем не менее, степени болезненных нарушений с точки зрения психиатрии. Кто-то испытывает глубокое отчаяние и безнадежность, кто-то — страх и тревогу за будущее, кто-то — беспомощность и растерянность и т.д. И, хотя остается открытым вопрос — каждому ли онкологическому больному необходима помощь психиатра, психотерапевта или психолога, — таким пациентам она, несомненно, требуется.

Следующим видом психических нарушений, которые наблюдаются у пациентов онкологических стационаров и поликлиник, являются невротические и, прежде всего, депрессивные реакции, которые подпадают под диагностические критерии Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10). Депрессия является совершенно иным, качественно отличным от естественной реакции печали, состоянием психики. Для депрессивных больных помимо сниженного настроения, достигающего порой степени тоски, свойственны такие симптомы, как утрата интересов и удовольствия, снижение активности и повышенная утомляемость, сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе, идеи виновности и уничижения, мрачное и пессимистическое видение будущего, нарушения сна и аппетита, снижение способности к сосредоточению и вниманию. Особенно опасным следствием депрессивной реакции является склонность к суицидальным попыткам. И хотя данные литературы относительно частоты суицидов у онкологических больных в сравнении с общей популяцией противоречивы, большинство авторов все же сходятся во мнении, что риск аутоагрессивного поведения у них выше. С точки зрения современной психиатрии, любые указания на суицидальную настроенность

(даже случайно проскользнувшая мысль: «а стоит ли жить?») должны вызывать серьезную настороженность и требуют специфического психотерапевтического или психиатрического вмешательства.

Из других невротических реакций у онкобольных встречаются астенические, ипохондрические, фобические, истерические, тревожные и другие проявления. Но все же наиболее частыми являются ипохондрические и тревожные. В первом случае пациенты почти все свое время проводят в поисках всевозможных признаков заболевания. Они преувеличивают действительно имеющиеся симптомы и выискивают несуществующие. Такие больные постоянно прислушиваются к различным ощущениям в своем теле и, если обнаруживают, что что-то «не так», испытывают чувство сильнейшего страха. Некоторые из них полностью «уходят в болезнь», делая ее центром всей своей жизни. В случае же тревожных реакций страх и беспокойство чаще всего первичны и не связаны как с объективной так и с субъективной картиной соматического состояния. Хотя подобные пациенты все же в большей степени, чем ипохондрические (для которых, как уже отмечалось, «святая святых» являются собственные ощущения), склонны проявлять интерес к объективным данным.

Несколько слов хотелось бы уделить весьма дискуссионному вопросу о сочетании канцерофобии и рака. Одни исследователи считают, что у онкобольных данный симптом не встречается вовсе. Другие утверждают, что даже если пациент страдал канцерофобией до заболевания раком, то ее проявления полностью исчезают с началом развития опухолевого процесса. Третьи, напротив, отмечают значительную частоту фобического синдрома у данной категории больных. Возможно, противоположные точки зрения может примирить указание на то, что у онкобольных встречается скорее не истинная канцерофобия, а страх возможных негативных последствий заболевания, естественный практически во всех случаях, но порой достигающий и степени фобии.

В том случае, когда невротическая реакция затягивается по времени, как бы «застывает», то можно говорить о формировании невротического состояния или собственно невроза. Последний отличает то, что если возникшая реакция воспринимается индивидуумом как нечто чуждое, навязанное и необъяснимое, то симптомы невроза становятся неотъемлемой частью внутреннего мира пациента, он как бы сживает с ними, делая их «родными» и привычными. Соответственно будет отличаться и психотерапевтический подход к больным с невротическими реакциями или состояниями.

В качестве некоего экспресс-метода для прогнозирования появления тех или иных невротических психопатологических расстройств можно считать предложенный сотрудниками Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М.Бехтерева Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Данный тест позволяет выявить 12 типов отношения к болезни:

- Гармоничный. Трезвая оценка своего состояния, активное сотрудничество во всех областях лечения. В случае неблагоприятного прогноза для жизни — сосредоточение интересов на своем деле, близких людях.
- Эргопатический. «Уход от болезни в работу». Стремление во что бы то ни стало продолжить трудовую деятельность.
- Анозогнозический. Отрицание болезни или ее серьезности.
- Тревожный. Постоянное беспокойство за возможный неблагоприятный исход заболевания.
- Ипохондрический. Сконцентрированность на болезненных и иных неприятных ощущениях в теле. Преувеличение тяжести заболевания. Выискивание несуществующих признаков болезни.
- Неврастенический. Несдержанность, вспыльчивость и раздражительность, сопровождающиеся последующим раскаянием.
- Меланхолический. Удрученность болезнью и пессимистический взгляд на будущее.
- Апатический. Безразличие к своему здоровью и будущему.
- Сенситивный. Чрезмерная озабоченность тем, какое впечатление на окружающих может произвести болезнь. Повышенная чувствительность к отношению других людей.
- Эгоцентрический. Постановка во главу угла себя и своей болезни.
- Паранойяльный. Чрезмерная подозрительность в отношении всего, что касается собственной личности или болезни.
- Дисфорический. Мрачно-озлобленное настроение. Постоянное недовольство всем и вся.

Следует отметить, что ЛОБИ может быть использован не только с профилактическими и прогностическими целями, но и для прояснения внутренней картины болезни и, соответственно, составления плана психологических интервенций.

Значительно реже у онкологических больных встречаются психотические проявления, которые все же скорее являются

проявлениями сопутствующей психической патологии, обостряющейся в ответ на развитие опухоли, чем непосредственной психической реакцией на заболевание. Описаны депрессивные состояния, достигающие психотического уровня, параноидные и галлюцинаторно-параноидные психозы, психотическая канцерофобия.

Еще одной группой психических расстройств, встречающихся у онкобольных являются так называемые паранеопластические психопатологические синдромы. Их развитие связывают с влиянием на психическую сферу человека различных биологически активных веществ, которые выделяет опухоль (АКТГ, серотонин, продукты онкогенов и др.). Из паранеопластических психопатологических синдромов чаще всего описывают психозы, деменцию, нарушения сознания, судорожные проявления. К разряду подобных синдромов можно отнести и психические расстройства, являющиеся следствием непосредственного (механического) воздействия опухоли на мозг (опухоли головного мозга и мозговые метастазы злокачественных новообразований иных локализаций).

Сократ говорил, что тело никогда не болеет отдельно и независимо от души. Рассмотрение психосоматических (влияние психического на соматическое) и соматопсихических (влияние соматического на психическое) взаимоотношений как нельзя лучше подтверждает эти слова.

Психотерапевтические аспекты онкологических заболеваний

Сегодня уже не вызывает сомнений, что в лечении онкологических пациентов необходим комплексный подход. Другими словами, рядом с хирургом-онкологом, химиотерапевтом и радиологом у постели больного должен стоять и психотерапевт (или психолог). Нет, наверное, ни одной другой такой области медицины как онкология, где практически каждый пациент нуждался бы в том или ином виде психологического вмешательства. В качестве обоснования этого тезиса можно привести два предыдущих раздела, в которых изложены психосоматические и соматопсихические взаимоотношения при злокачественных новообразованиях.

Использование психотерапии в онкологической клинике может преследовать несколько целей. Во-первых, излечение пациента от раковой опухоли. Во-вторых, увеличение продолжительности жизни больного. В-третьих, улучшение качества его жизни.

До сих пор не существует работ, которые убедительно показывали бы, что психотерапевтическое воздействие позволяет пациенту полностью излечиться от рака. Имеются лишь единичные, разрозненные сообщения на этот счет. Так, супруги Саймонтоны (C. Simonton & S. Simonton), работавшие со 152 терминальными онкологическими больными, отмечают, что у 20-ти из них наступила полная ремиссия. Де Вриес М. и соавт. (de Vries M.J. et al.) приводят данные об использовании экзистенциального консультирования и двухнедельной групповой психотерапии у больных с распространенными опухолями, которые оказались нечувствительны к медикаментозному лечению. У пяти из 35-ти пациентов процесс стабилизировался в течение терапии или сразу же после нее; причем у четырех период стабилизации длился от трех до девяти месяцев, а у одного — два года. Шутценбергер А.А. сообщает, что в результате применения психодрамы у больных в терминальной стадии рака во многих случаях исчезали метастазы, а некоторые пациенты совершенно выздоравливали и продолжали жить свыше 10-15 лет.

Процесс «пути к здоровью» может видаться следующим образом (C. Simonton & S. Simonton): узнав диагноз и оказавшись перед лицом смерти, человек «получает разрешение» изменить принятые им правила поведения, например, сказать «нет», или выразить гнев. Многие проблемы, ранее представлявшиеся крайне важными и серьезными, теряют свою актуальность, начинают восприниматься мелкими и ничего не значащими. Огромное значение в этом процессе играет желание пациента жить (дух борьбы). Полученные нами данные, как уже отмечалось, показывают, что уровень конструктивной агрессии (по тесту Аммона) у пациенток с раком молочной железы оказался почти на 20% ниже, чем в общей популяции. Это подтолкнуло нас к поиску таких методов психотерапевтического воздействия, которые могли бы помочь увеличить этот показатель. В процессе поисков мы остановились на гипнотерапии, поскольку многими исследователями показано, что гипнотическое состояние оказывает мобилизующее влияние на организм в целом и положительно влияет на иммунную систему человека. В нем тесно переплетаются психологические и физиологические процессы.

Сеансы проводились в течение недели после операции. Пациенткам объясняли цели использования данного метода и возможные механизмы позитивного воздействия гипноза на психологическом и телесном уровнях. Повторное тестирование позволило обнаружить, что уровень конструктивной агрессии у них возрос. И хотя это повышение составило лишь 6%, обращает на

себя внимание то, что одновременно изменились в положительную сторону и почти все остальные показатели Я-структурного теста. Полученные результаты позволяют рекомендовать гипнотерапию с целью повышения жизненной энергии онкологических больных.

Путь к излечению долог и труден. Как только пациент начинает чувствовать улучшение, возвращаются потерявшие было свою актуальность перед лицом смерти прежние проблемы. Вслед за этим может наступить обострение заболевания, и процесс повторяется. Ряд больных проходит несколько подобных кругов. Если же пациент практически выздоравливает, то изменяются его представления о себе, повышается вера в способность влиять на свое здоровье и жизнь.

Следует отметить, что имеющиеся сообщения об излечении рака в результате психотерапевтического вмешательства относятся преимущественно к терминальным онкологическим больным. Это и понятно, поскольку выживаемость пациентов, перенесших радикальную операцию либо прошедших химио- или лучевую терапию, связывают прежде всего с указанными лечебными воздействиями.

Психотерапевтический подход, ориентированный на излечение от опухоли, вызывает весьма обоснованные сомнения. Во-первых, закономерен вопрос, насколько этичным может быть обещание надежды на жизнь умирающему человеку, если шанс умереть у него все же больше шанса выжить. Во-вторых, информация о том, что выживание возможно, и некоторые пациенты смогли преодолеть болезнь, в случае неуспешного продвижения по пути выздоровления может усилить чувство безнадежности и беспомощности, которые скорее всего ускорят летальный исход. В этой связи в большинстве случаев психотерапевтическая работа с терминальными онкологическими больными (в частности, в хосписах) строится таким образом, чтобы облегчить процесс умирания тогда, когда он становится неизбежным.

Как видно из изложенного, в использовании психотерапии с целью стимулирования выздоровления имеется больше вопросов, чем ответов на них. Подытожить рассмотрение этого вопроса хотелось бы древней притчей под названием «Волшебник». Однажды мулла отправился в кладовую за орехами, поскольку жена обещала сварить ему любимое кушанье, в которое их добавляют. Предвкушая будущее наслаждение, мулла просунул руку в кувшин, набрал горсть орехов и попытался их вытащить. Поскольку горлышко было узким, ему это не удалось, и он позвал жену, кото-

рая, взявшись за сосуд, изо всех сил потянула его, но и это не помогло. Рука застряла в горлышке кувшина. После множества бесплодных попыток супруги позвали на помощь соседей, один из которых предложил: «Я помогу тебе, если ты будешь выполнять все мои инструкции». Мулле ничего не оставалось делать, как согласиться. После этого мудрец предложил сначала засунуть руку поглубже в сосуд, а затем разжать кулак, на что мулла возмутился: «Но ведь таким образом я не достану ни одного ореха!». Сосед напомнил об обязательстве выполнять инструкции. Мулла разжал пальцы. «Теперь вытаскивай руку, наклоняй кувшин и высыпай орехи», — приказал мудрый сосед. Прodelав все это и наполнив горсть орехами, старик с удивлением поднял голову и изрек: «Наверное, ты волшебник». Эта притча как нельзя лучше иллюстрирует то, что из многих ситуаций, которые кажутся людям тупиковыми и приводят к чувству безнадежности и безвыходности, на самом деле существует выход, который зачастую лежит на поверхности.

Более реалистичным представляется использование психотерапии не для полного излечения, а в целях увеличения продолжительности жизни онкобольных. В 1989 году вышла пилотная работа Шпигеля Д. с соавторами (Spiegel D. et al.), в которой они показали, что женщины с метастатическим раком молочной железы, которые проходили 12-тимесячную групповую психотерапию, статистически достоверно чаще имели 18-тимесячную выживаемость, чем лица контрольной группы, не получавшие психотерапевтической помощи. Дальнейшие исследования в этой области носят довольно противоречивый характер и не позволяют сделать на сегодняшний день окончательных выводов. Работы, подтверждающие позитивное влияние психологической интервенции на продолжительность жизни онкобольных, подвергаются критике в связи с тем, что их авторы не учитывают основных предикторов выживаемости, в частности, гистологической картины опухоли.

В русле рассматриваемой проблематики особое значение приобретают так называемые психологические прогностические факторы: стрессовые события, личностный стиль справляться с трудностями и др. Было, например, показано, что чувства беспомощности, безнадежности, пассивное поведение способствуют неблагоприятному прогнозу течения заболевания. Напротив, лица, проявляющие активность в решении проблем, обладающие духом борьбы, имеют более благоприятный прогноз.

Для изменения личностного стиля справляться с трудностями Мурей С. (Moorey S.) и Грив С. (Greer S.) предложили так на-

зываемую адьювантную психологическую терапию (АПТ). АПТ — это краткосрочная, проблемно-фокусированная структурированная когнитивно-поведенческая программа. Она, во-первых, направлена на то, чтобы пациенты смогли пересмотреть свои представления о болезни и, во-вторых, изменить дезадаптивные поведенческие паттерны.

Третье направление, в котором может быть использована психотерапия в онкологической клинике — улучшение качества жизни (КЖ). Понятие качества жизни в настоящее время широко распространено не только в онкологии, но и в других областях медицины и определяется чаще всего как состояние физического, эмоционального и социального функционирования человека. Есть мнение, что КЖ онкобольных является даже более важным, чем ее продолжительность.

Качество жизни могут ухудшать все вышеперечисленные соматопсихические факторы: проблемы с переживанием естественной реакции утраты, доболезненные психические переживания, невротические реакции и неврозы, психозы и паранеопластические психопатологические синдромы.

Основным правилом психотерапевтической работы с людьми, перенесшими тяжелую утрату, является облегчение процесса прохождения через все этапы траура. На первых двух этапах — шока и отрицания — пациенту прежде всего необходимы поддержка и эмпатия. Психотерапевт уже одним своим присутствием должен создавать атмосферу доверия и безопасности. Обращение к чувствам нежелательно и преждевременно, поскольку это может причинить ненужную душевную боль. И лишь в дальнейшем, при переходе к этапам гнева и печали, пациенты приглашаются к выражению соответствующих эмоций. Их поощряют говорить как можно больше о чувствах, возникающих в ответ на болезнь, но отнюдь не о самой болезни. Предлагается окружить себя кругом близких (родственников, друзей и т.д.), с которыми есть глубокие эмоциональные связи, и с ними также делиться своими переживаниями. Обращается внимание на то, что если близкий человек рядом, значит это ему отнюдь не в тягость. На этапе принятия упор делается на поиск пациентами новых целей и смыслов в связи с изменившейся действительностью.

Для коррекции доболезненных психических проявлений, невротических реакций и неврозов может быть использован весь спектр современных психотерапевтических методов и подходов. Это может быть гипнотерапия, рациональная психотерапия, психодинамически ориентированная психотерапия, гештальттерапия, транзактный анализ, НЛП, позитивная психотерапия и

многие, многие другие. В случае выраженных невротических проявлений, психотических реакций и паранеопластических психопатологических синдромов расширяются показания для назначения тех или иных психофармакотерапевтических средств.

Психотерапия может использоваться не только с целью снятия тех или иных психопатологических проявлений, но и для купирования или облегчения соматических симптомов, сопровождающих течение опухоли либо проводимую медикаментозную терапию.

Болевой синдром, без сомнения, можно считать одним из самых тяжелых проявлений злокачественного новообразования на всех этапах его развития. Медикаментозной коррекции боли посвящено огромное количество работ. Быстрыми темпами идет поиск все новых и новых анальгетических средств. То, что может предложить психотерапия в этой области — это гипнотическая техника. Не стоит забывать, что до появления в прошлом веке средств для наркоза, гипноз широко использовался для обезболивания в процессе оперативного вмешательства. И в настоящее время гипнотерапию с успехом используют для купирования болевого синдрома, в особенности в тех случаях, когда медикаментозное лечение оказывается неэффективным. Помимо классической индукции транса применяют и различные недирижабельные техники, в частности, Эриксоновский гипноз.

Одними из наиболее тяжело субъективно переносимых побочных эффектов химиотерапии являются тошнота и рвота. Их выраженность порой достигает такой степени, что пациенты или физически оказываются неспособными принимать дальнейшее лечение, или отказываются от него (в особенности дети).

По данным многих исследований, около 25% пациентов, получающих химиотерапию, жалуются на тошноту и рвоту к четвертому курсу лечения. Речь идет о так называемых условнорефлекторных тошноте и рвоте (УТР). Они возникают в тех случаях, когда что-то в окружающей обстановке напоминает пациенту об уже перенесенных осложнениях (комната, шприц, медперсонал и др.). Несмотря на наличие в настоящее время большого количества эффективных антиэметиков, полной редукции указанных симптомов, к сожалению, удастся достигнуть далеко не всегда. В связи с этим возрастает необходимость поиска иных способов коррекции УТР. К последним можно отнести и те или иные методы психотерапевтического вмешательства.

Без сомнения, на первом месте в ряду психотерапевтических интервенций при УТР, также как и при купировании болевого

синдрома, стоит гипнотерапия. Причем, имеются данные об эффективности гипноза не только при данном виде патологии, но и при этих же осложнениях, возникающих в ответ на непосредственное введение химиопрепаратов. Для купирования УТР могут быть использованы и иные психотерапевтические методы. Это — прогрессивная мышечная релаксация, специфическая десенситизация, методика отвлечения и др.

Попутно следует отметить, что на переносимость противоопухолевой химиотерапии может оказывать влияние ряд психологических факторов. Это — страх и паника, которые больные испытывают на начальном этапе и которые способствуют развитию тех или иных побочных эффектов. Пациенты, знающие свой диагноз и пережившие естественный начальный страх, бывают, как правило, согласны на предлагаемое лечение и переносят его значительно лучше неинформированных больных. Настроенность пациента на лечение также играет немаловажную роль в развитии токсических осложнений химиотерапии. В случаях негативного отношения к терапии токсические реакции встречаются практически у каждого больного. Все вышеперечисленные факторы необходимо учитывать при проведении психотерапевтической коррекции побочных эффектов химиотерапии, в частности, тошноты и рвоты.

Психологическая помощь онкологическим больным может осуществляться не только специально подготовленными профессионалами, но и самими пациентами. Так, в 60-е годы Лассер Т. (Lasser T.) — бывшая больная, прооперированная по поводу рака молочной железы, организовала международную программу улучшения качества жизни больных раком молочной железы «Путь к выздоровлению». В рамках этой программы физически и эмоционально здоровые бывшие больные с позволения лечащих врачей помогают вновь заболевшим женщинам. В нашей стране уже более шести лет существует подобная программа под названием «Надежда».

Как уже отмечалось, в психотерапевтической коррекции нуждаются не только сами больные, но и их родственники, а также медицинский персонал, работающий в непосредственном контакте с пациентами онкологических клиник. Особое внимание должно быть уделено помощи семьям, потерявшим ребенка. Работа в данном случае должна быть направлена прежде всего на облегчение переживания реакции утраты. С другими семьями, где есть онкологические больные, чаще всего проводят семейную терапию, результатом которой должно стать приспособление семейной системы к функционированию на качественно ином

уровне. Врачи и медицинские сестры, ежедневно общаясь с тяжелобольными людьми и разделяя их чувства и переживания, нередко и сами испытывают сильнейший эмоциональный дистресс. Они жалуются на подавленность, раздражительность, утомляемость, апатию. Подобные переживания описаны под названием «синдром сгорания». Развитие последнего может приводить к психологической защите, проявляющейся в виде формального отношения к своим профессиональным обязанностям, отношения к пациентам, как неким машинам, требующим починки («отрежу желудок, а дальше не мое дело»). Все это приводит к необходимости психологической поддержки и данной категории лиц. В этих случаях предпочтительно использование психотерапевтических групп, в которых люди, оказывающие помощь онкологическим больным, могли бы поговорить о своих чувствах и выразить их, что называется «излить душу». За рубежом такой подход широко практикуется не только в онкологии, но и во всех тех сферах деятельности, где люди постоянно сталкиваются со страданиями и смертью (пожарники, полицейские и.д.).

Исходя из вышеизложенного, совершенно очевидно, что пациент с диагнозом «рак» является частью большой системы, составляющими которой являются: он сам, его семья, врачи и персонал, оказывающие ему помощь. В связи с этим, весьма перспективным в онкологии может считаться так называемый системный подход, берущий свое начало в системной семейной терапии. В рамках этого подхода проблемы одной личности рассматриваются и прорабатываются в процессе психотерапии как проблемы системы в целом (больной — врачи — медицинские сестры — родственники), в которой больной является наиболее слабым «звеном».

В заключение сформулируем основные принципы психотерапевтической работы в онкологической клинике.

- прежде всего, следует стимулировать собственные жизненные силы больных;
- необходимо помочь пациентам наименее травматично пройти эмоциональный процесс проживания утраты здоровья;
- психотерапия онкобольных должна носить скорее поддерживающий, чем конфронтрующий характер;
- предпочтительнее использование не индивидуальной, а групповой (в том числе и семейной) психотерапии;
- следует поощрять и развивать группы самопомощи и самоподдержки;

- психотерапевтическая коррекция должна распространяться и на родственников больных, на врачей и медперсонал, оказывающих им помощь.

Заключение

Психологически ориентированные исследования в онкологической клинике в настоящее время находятся скорее в стадии активного становления, чем в стадии зрелости. Но, без сомнения, психоонкологию ожидает перспективное будущее. Особенно актуальным представляется как можно более быстрое внедрение результатов научных разработок в клиническую практику. Другими словами, необходимо добиваться сокращения дистанции между теоретическими знаниями и их практическим применением.

Одним из наиболее перспективных направлений в рамках психоонкологии является так называемый холистический подход. Он предполагает отношение к живому организму как к единому целому. Во многом предтечами появления холистического мировоззрения в онкологии явились те исследователи, которые начали говорить о раке не как о патологии отдельного органа, а о раковой болезни, как заболевании организма в целом. Следовательно, лечебный подход к онкобольным должен основываться не на лечении конкретной опухоли, а на воздействии на организм (в том числе и на психику) как целостную систему. Еще одна особенность холистического подхода — направленность прежде всего не на истребление болезни, а на восстановление естественных защитных сил. В этой связи повышается роль психотерапевта, работа которого как раз и состоит в том, чтобы помочь человеку научиться помогать себе самому.

Следует шире использовать психопрофилактическую работу с теми лицами (в случае обращения их к психологам или психотерапевтам), которые относятся к типу «С», имеют высокий уровень алекситимии, или иные личностные особенности, предрасполагающие к развитию злокачественных новообразований. Необходимо помочь им пересмотреть привычные паттерны поведения, возможно, даже дать информацию (но, не пугая) об их потенциальной опасности. Не менее важной является и психотерапевтическая помощь людям, находящимся в кризисной ситуации, в состоянии острого дистресса. В особенности нуждаются в психологической коррекции те пациенты, которые наряду с переживанием стресса имеют еще и определенные личностные факторы риска развития опухоли.

Развитие и достижения психоонкологии со всей очевидностью показывают необходимость участия в лечебном процессе, проводимом в онкологических учреждениях, наряду с онкологами, химиотерапевтами, радиологами и врачей-психотерапевтов.

Литература

1. *Асеев А.В., Васютков В.Я., Мурашова З.М., Бала Л.Н.* Алекситимия — возможный психологический предшественник рака молочной железы.//Маммология. — 1995. — N 2. — сс.15-19.
2. *Блинов Н.Н., Чулкова В.А.* Роль психоонкологии в лечении онкологических больных.//Вопросы онкологии. — 1996. — Т.42. — N 5. — сс.86-89.
3. *Гнатышак А.И., Богута Х.Р.* Паранеопластические психопатологические синдромы.//Вопросы онкологии. — 1990. — Т.36. — N 8. — сс.918-921.
4. *Демин Е.В., Чулкова В.А.* «Путь к выздоровлению» — международная программа улучшения качества жизни больных раком молочной железы и опыт ее применения в России.//Маммология. — 1995. — N 2. — сс.4-8.
5. *Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.//Л. — Медицина. — 1983. — 312с.
6. *Матошин В.М., Дгебуадзе Х.Ш.* О значении отрицательных эмоций в возникновении раковой болезни.//Врачебное дело. — 1956. — N 8. — сс.801-804.
7. *Непомнящая Н.И.* О психологическом аспекте онкологических заболеваний.//Психологический журнал. — 1998. — Т.19. — N 4. — сс.132-145.
8. *Петрова М.К.* О роли функционально ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме.//Москва. — Медгиз. — 1955. — 104с.
9. *Саймонтон К., Мэтьюс-Саймонтон С., Крейтон Дж.* Как снова стать здоровым.//Ташкент. — Путь. — 1995. — 200с.
10. *Саймонтон К., Саймонтон С.* Возвращение к здоровью (Новый взгляд на тяжелые болезни).//С.-Пб. — Питер Пресс. — 1996. — 288с.
11. *Соложенкин В.В., Гузова Е.С.* Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции.//Соц. и клин. психиатрия. — 1998. — Т.8. — N 2. — сс.18-24.
12. *Царегородцев Г.И., Шингаров Г.Х.* Некоторые философские аспекты психосоматической проблемы.//Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. — Москва, 1972. — сс.56-75.

13. *Шутценбергер А.А.* Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака).//Вопросы психологии. — 1990. — N 5. — сс.94-106.
14. *Greer S.* Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks.//Psycho-Oncology. — 1994. — V.3. — N 2. — pp.87-101.
15. *Gross J.* Emotional expression in cancer onset and progression.//Soc.Sci.Med. — V.28. — pp.1239-1248.
16. *Holland J.C.* Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities.//Psycho-Oncology. — 1992. — V.1. — N 1. — pp.1-13.
17. *LeShan L.L.* You can fight for your life.//New-York. — M.Evans & Company. — 1977.
18. *Moorey S., Greer S.* Psychological Therapy for Patients with Cancer: a New Approach.//Oxford. — Heinemann Medical Books. — 1989.
19. *Nunn T.H.* Cancer of the breast.//London — J.&A.Churchill. — 1822. — 123p.
20. Psychosocial Aspects of Oncology.//Ed. by Holland J.C., Zittoun R. — Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong. — Springer-Verlag. — 1990. — 144p.
21. *Shekelle R.B., Raynor W.J., Ostfeld A.M., Garron D.C., Bieliauskas L.A., Liu S.C., Maliza C., Oglesby P.* Psychological depression and 17-year risk of death from cancer.//Psychosom.Med. — 1981. — V.43. — pp.117-125.
22. *Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.S., Cottheil E.* Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer.//Lancet. — 1989. — pp.888-891.
23. *Sutherland A.M., Orbach C.E., Dyk R.B., Bard M.* The psychological impact of cancer and cancer surgery: I. Adaptation to the dry colostomy; Preliminary report and summary of findings.//Cancer. — 1952. — V.5. — pp.857-872.
24. *Temoshok L.* Personality, coping stile, emotion and cancer: towards an integrative model.//Cancer.Surv. — 1987. — V.6. — pp.545-567.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
-------------------	---

ТОМ I

РАЗДЕЛ I ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОНКОЛОГИИ

I.1	<u>История проблемы</u>	
I.1.1	Состояние и перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Новиков Г.А., Чиссов В.И., Прохоров Б.М., Соловьев В.И., Рудой С.В.</i>	7
I.1.2	Исторические предпосылки организации паллиативной помощи онкологическим больным в России. <i>Старинский В.В., Ковалев Б.Н.</i>	20
I.1.3	Национальные системы хосписов и некоторые исторические аспекты их развития. <i>Биктимиров Т.З., Новиков Г.А., Модников О.П.</i>	34
I.1.4	К вопросу об истории развития хосписов для детей, неизлечимо больных онкологическими заболеваниями. <i>Бялик М.А.</i>	47
I.1.5	Паллиативная медицина (историческое введение). <i>Иванюшкин А.Я., Хетагурова А.К.</i>	58
I.2	<u>Организационные формы паллиативной помощи</u> <u>Правовые и экономические аспекты</u>	
I.2.1	Модели развития паллиативного лечения и ухода на примере Ульяновского региона России. <i>Биктимиров Т.З., Новиков Г.А., Модников О.П.</i>	75
I.2.2	Организационные аспекты оказания паллиативной помощи в условиях малых территорий России. <i>Модников О.П., Новиков Г.А., Шарафутдинов М.Г., Биктимиров Т.З.</i>	90

I.2.3	Базовая модель Хосписа для детей, неизлечимо больных онкологическими заболеваниями. <i>Бялик М.А., Моисеенко Е.И.</i>	105
I.2.4	Ресурсы в работе Хосписа для детей с онкологическими заболеваниями. <i>Бялик М.А., Моисеенко Е.И.</i>	131
I.2.5	Основные этапы развития и современное состояние эпидемиологических исследований злокачественных новообразований. <i>Долгинцев В.И.</i>	141
I.2.6	Правовые аспекты медицинской деятельности в паллиативной онкологии. <i>Виноградов А.З.</i>	166
I.2.7	Социально-экономические аспекты злокачественных новообразований. <i>Долгинцев В.И., Шашков В.П.</i>	196
I.2.8	Ассоциированные с опухолями и острофазовые антигены в алгоритме диагностики и коррекции осложнений паллиативного лечения у больных с неспецифическими заболеваниями и раком легких. <i>Сухарев А.Е.</i>	221
I.2.9	Система паллиативной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований: структура и функциональные взаимодействия. <i>Соловьев В.И., Новиков Г.А., Семкина Е.Н.</i>	237
I.2.10	Организация учета больных распространенными формами злокачественных новообразований на региональном уровне. <i>Соловьев В.И., Семкина Е.Н.</i>	256
I.3	<u>Философские, теологические и деонтологические проблемы паллиативной медицины</u>	
I.3.1	Философские вопросы паллиативной помощи. <i>Рыбин В.А., Дюкарева А.М.</i>	272
I.3.2	Теория медицины: философский аспект проблемы. <i>Блок А.М.</i>	305
I.3.3	Учение православной церкви о болезни, смерти и загробной жизни. <i>Чехонадский В.Н., протоиерей о.Василий.</i>	325
I.3.4	Деонтологические вопросы. Этика практической медицины сквозь призму проблемы эвтаназии. <i>Рыбин В.А., Дюкарева А.М.</i>	350

РАЗДЕЛ II. МЕТОДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

II.1 Коррекция нарушений гомеостаза

II.1.1	Хроническая боль у онкологических больных: патофизиологические основы, диагностика и лечение. <i>Г.А. Новиков, М.А. Вайсман, Б.М. Прохоров</i>	392
II.1.2	Коррекция желудочно-кишечных нарушений у больных с распространенными формами рака. <i>Г.А. Новиков, М.А. Вайсман, С.В. Рудой</i>	414
II.1.3	Паллиативная помощь онкопульмонологическим больным. <i>Новиков Г.А., Рудой С.В., Прохоров Б.М., Вайсман М.А.</i>	421
II.1.4	Возможности и перспективы паллиативного лечения онкоурологических больных. <i>Карелин М.И., Александров В.П., Киселев Е.Н.</i>	438
II.1.5	Лечение синдрома верхней полой вены. <i>Фастаковский В.В., Важеннин А.В., Фокин А.А.</i>	456
II.1.6	Роль методов паллиативного лечения в улучшении качества жизни больных распространенными формами злокачественных новообразований. <i>Соловьев В.И., [Модников О.П.], Семкина Е.Н.</i>	471

II.2 Химио-лучевые методы лечения в паллиативной помощи

II.2.1	Современные подходы к лечению множественного метастатического поражения костей. <i>[Модников О.П.], Новиков Г.А., Родионов В.В.</i>	493
II.2.2	Качество жизни до конца — реальные возможности лучевой терапии. <i>Важеннин А.В., Васильченко М.В.</i>	541
II.2.3	Современные возможности паллиативной лучевой терапии больных раком трахеи и бронхов. <i>Бойко А.В., Черниченко А.В., Дарьялова С.Л., Мещерякова И.А.</i>	559
II.2.4	Комбинированное лечение детей и подростков, больных саркомой Юинга с метастазами. <i>Тимухина В.Н.</i>	582

II.2.5	Паллиативная помощь при неоперабельном раке желудочно-кишечного тракта. <i>Орловская Л.А., Анапаян В.Х., Малейко М.Л., Донцов В.А., Касьяненко В.Н., Франциянц Е.М., Златник Е.Ю.</i>	611
II.2.6	Паллиативное лечение больных солидными опухолями с метастатическим поражением костей. <i>Моисеенко В.М.</i>	630

ТОМ II

II.3	<u>Применение физических факторов в паллиативной помощи</u>	
II.3.1	Применение физических факторов для оказания паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Вельшер Л.З., Чистяков С.С., Стаханов М.Л., Дорофеева В.И., Зверев М.П.</i>	5
II.3.2	Роль гипертермии в лучевом лечении местнораспространенных форм злокачественных опухолей. <i>Мардынский Ю.С., Курпешев О.К.</i>	13
II.3.3	Экспериментальные и клинические основы применения гипертермии в лечении химиорезистентных форм опухолей. Общая гипертермия. <i>Курпешев О.К., Мардынский Ю.С., Курпешева А.К.</i>	34
II.3.4	Гипертермия в лечении диссеминированных и местно-распространенных форм злокачественных опухолей. <i>Карев И.Д., Монахов А.Г.</i>	54
II.3.5	Вихревые магнитные поля при паллиативном лучевом лечении рака. <i>Модников О.П., Деньгина Н.В., Шабалина О.В., Глебова Е.С.</i>	73
II.4	<u>Хирургические методы в паллиативной помощи</u>	
II.4.1	Хирургические методы оказания паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Вельшер Л.З., Чистяков С.С., Стаханов М.Л., Дудицкая Т.К., Германов А.Б., Габуния З.Р., Прилепо В.Н., Гребенникова О.П., Маслов В.В., Афанасьев Т.Ф., Чочуа Г.А.</i>	100

II.4.2	Неотложные абдоминальные хирургические вмешательства в паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Ганцев Ш.Х.</i>	115
II.4.3	Принципы и тактика хирургического лечения при местных лучевых повреждениях у больных раком молочной железы. <i>Пасов В.В.</i>	129
II.4.4	Паллиативные операции при раке желудка. <i>Жерлов Г.К., Зыков Д.В.</i>	148
II.4.5	Паллиативные операции при колоректальном раке. <i>Куликов Е.П., Бубликов И.Д.</i>	167
II.4.6	Хирургические аспекты лечения местнораспространенных опухолей 4 стадии. <i>Решетов И.В.</i>	184
II.5	<u>Психотерапия в паллиативной помощи</u>	
II.5.1	Психотерапевтические аспекты реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Новиков Г.А., Великолуг А.Н.</i>	197
II.5.2	Психическая патопластика у онкологических больных и подходы к ее коррекции. <i>Гуров Ю.В.</i>	206
II.5.3	Психические расстройства и их коррекция у онкологических больных. <i>Шарова О.Н., Важенин А.В., Важенина Д.А.</i>	227

РАЗДЕЛ III. ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

III.1	<u>Медицинские и социальные аспекты паллиативной помощи в онкологии</u>	
III.1.1	Медико-психологические и психо-социальные аспекты паллиативной помощи онкологическим больным с опухолями различной локализации. <i>Биктимиров Т.З.</i>	243
III.1.2	Паллиативная медицина: дерево принятия решений в детской онкогематологии. <i>Полевиченко Е.В.</i>	266

III.1.3	Индивидуальные модели здоровья онкологических больных. <i>Яковлева Н.В.</i>	297
III.1.4	Возможности санаторно-курортного лечения онкологических больных в средней полосе России. <i>Герасименко М.Ю., Герасименко Ю.А.</i>	319
III.2	<u>Психологические и духовные проблемы больных и персонала в паллиативной медицине</u>	
III.2.1	Психоонкология. Медико-психологические и социокультурные основы онкологической клиники и паллиативной медицины. <i>Биктимиров Т.З.</i>	342
III.2.2	Психоэмоциональные и социально-стрессовые факторы в формировании психологической дезадаптации и профессиональных деформаций у персонала онкологических учреждений и хосписов. <i>Биктимиров Т.З.</i>	363
III.2.3	Психологические аспекты работы с онкологическими больными. <i>Творогова Н.Д.</i>	383
III.2.4	Механизмы совладания у больных раком молочной железы, возможность их коррекции, влияние на течение болезни. <i>Асеев А.В.</i>	427
III.2.5	Стереотипные психологические реакции у больных раком молочной железы. <i>Асеев А.В.</i>	440
III.2.6	Психоонкология: теория и практика. <i>Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П.</i>	453

**КУРС ЛЕКЦИЙ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ
Том II**

Под редакцией профессора Г.А. Новикова,
академика РАМН, профессора В.И. Чиссова,
профессора О.П. Модникова

Ответственный за выпуск О.В. Иванов
Редактор М.С. Миронов
Художественный редактор Б.К. Соколов
Технический редактор С.С. Степанов
Корректор Т.И. Захарова
Компьютерная верстка Е.Ю. Иванова

Лицензия ИД № 01568 от 17.04.2000
Сдано в набор 18.02.2004. Подписано в печать 02.07.2004. Формат 60х90 1/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Тираж 500.
Заказ