

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**
им. А.И. ЕВДОКИМОВА

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ОНКОЛОГИИ

Учебник

Под редакцией профессора Г.А. Новикова
и профессора Е.П. Куликова

*Рекомендовано учебно-методическими советами
Государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего профессионального образования
«Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
и Государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего профессионального образования
«Рязанский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации в качестве учебника
для студентов старших курсов медицинских вузов*

**Москва
2016**

УДК 616-006-08 (075.8)

ББК 55.6

П14

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ:

к.м.н. М.А. Вайсман; к.м.н. Е.С. Введенская; д.м.н., доцент Б.Ю. Володин; к.м.н. Е.Ю. Головкин, к.м.н. А.Н. Демко; к.м.н., доцент Ю.Д. Каминский; проф. Е.П. Куликов; к.м.н. С.А. Мерцалов; проф. Г.А. Новиков; к.м.н. Д.В. Подкопаев; к.м.н. С.В. Рудой; к.м.н., доцент И.Б. Судаков; к.м.н. Б.А. Тарасов.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

В.И. Соловьев — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

С.В. Козлов — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

П14 Паллиативная медицинская помощь в онкологии: учебник /
Под ред. проф. Г.А. Новикова и проф. Е.П. Куликова. — М.:
ООО «Принт-Студио», 2016. — 352 с. : ил.

ISBN 978-5-9908903-0-5

Учебник содержит современные данные по истории паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в России, методологии лечения хронической боли, коррекции нарушений гомеостаза, хирургическим аспектам паллиативной медицинской помощи и психологической поддержке онкологических больных и их близких.

Предназначен для студентов старших курсов медицинских вузов.

ISBN 978-5-9908903-0-5

УДК 616-006-08 (075.8)

ББК 55.6

© Новиков Г.А. Куликов Е.П., 2016
© Российская Ассоциация
паллиативной медицины, 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	6
Предисловие.....	9
Глава 1. История развития паллиативной медицинской помощи в России.....	12
Контрольные материалы к главе 1	28
Глава 2. Лечение хронической боли у онкологических больных.....	34
2.1. Механизм возникновения хронической боли.....	35
2.1.1. Ноцицептивная боль	42
2.1.2. Нейропатическая боль.....	43
2.1.3. Психогенная (дисфункциональная) боль.....	44
2.2. Диагностика хронической боли и оценка эффективности обезболивания.....	45
2.3. Лечение хронической боли онкологического генеза	47
2.3.1. Лечение слабой боли. Лечение ноцицептивной боли	52
2.3.2. Лечение умеренной боли	58
2.3.3. Лечение сильной боли	60
2.4. Профилактика и лечение побочных эффектов опиоидной терапии.....	67
2.4.1. Передозировка опиоидов и риск угнетения дыхания	69
2.5. Современные тенденции повышения безопасности при применении опиоидных анальгетиков	70
2.6. Толерантность и зависимость при лечении наркотическими анальгетиками	73
2.7. Адьювантная лекарственная терапия хронической боли.....	76
2.7.1. Особенности лечения нейропатической боли	80

2.7.2. Лечение «прорывной» боли.....	82
2.8. Интервенционные методы лечения боли.....	83
2.9. Физические методы лечения хронической боли.....	88
2.10. Психологические и психосоциальные аспекты лечения хронической боли.....	92
Контрольные материалы к главе 2.....	101

Глава 3. Паллиативная медицинская помощь при нарушениях гомеостаза у онкологических больных.....

у онкологических больных.....	108
3.1. Нарушение дыхания.....	108
3.1.1. Одышка.....	108
3.1.2. Кашель.....	112
3.1.3. Кровохарканье.....	114
3.1.4. Дисфония.....	115
3.1.5. Терминальная респираторная гиперсекреция.....	116
3.2. Желудочно-кишечные расстройства.....	116
3.2.1. Стоматит.....	116
3.2.2. Синдром сдавления желудка.....	118
3.2.3. Тошнота и рвота.....	119
3.2.4. Патологическая икота.....	121
3.2.5. Ксеростомия.....	123
3.2.6. Запор.....	123
3.2.7. Диарея.....	124
3.2.8. Механическая желтуха.....	125
3.2.9. Опухолевый асцит.....	126
3.2.10. Нарушения вкусовой чувствительности.....	126
3.3. Гематологические расстройства.....	127
3.3.1. Анемия.....	127
3.4. Геморрагические расстройства.....	128
3.5. Гиперкальциемия.....	129
3.6. Лимфатический отек.....	129
3.7. Конституционные нарушения.....	131
3.7.1. Астения.....	131
3.7.2. Кахексия.....	131

3.7.3. Патологическая жажда и дегидратация	132
3.8. Неврологические нарушения	134
3.8.1. Метастазы в головной мозг	134
3.8.2. Лептоменингеальные метастазы	135
3.8.3. Повышение внутричерепного давления	136
3.8.4. Коррекция судорожного синдрома	136
3.8.5. Бессоница	137
3.9. Урологические нарушения	138
3.9.1. Дизурия	138
3.9.2. Задержка мочи	138
3.9.3. Гематурия	139
3.9.4. Почечная недостаточность	140
Контрольные материалы к главе 3	141
Глава 4. Хирургические аспекты паллиативного лечения онкологических больных	151
4.1. Опухолевый плевральный выпот	151
4.2. Опухолевый асцит	161
4.3. Опухолевая обструкционная кишечная непроходимость	169
4.4. Паллиативные и симптоматические операции при раке пищевода	190
4.5. Паллиативные операции при раке желудка	201
4.6. Механическая желтуха опухолевого генеза	213
4.7. Нарушение оттока мочи	224
4.8. Обструкция верхних дыхательных путей (стеноз гортани)	233
Контрольные материалы к главе 4	237
Глава 5. Психологические аспекты паллиативной медицинской помощи онкологическим пациентам	244
5.1. Краткая история и современное состояние психоонкологии	245
5.2. Психологические проблемы у онкологических пациентов и их коррекция	249

5.2.1. Реакция утраты	249
5.2.2. Психотерапия на этапе переживания утраты	254
5.2.3. Терминальные пациенты.....	256
5.2.4. Психологическая защита.....	261
5.3. Стили, позволяющие справляться с трудностями (копинг-стили)	263
5.4. Внутренняя картина болезни	267
5.5. Невротические расстройства	274
5.5.1. Психотерапия пациентов с невротическими расстройствами.....	277
5.6. Психиатрическая помощь онкологическим больным.....	312
5.7. Психосоциальная реабилитация онкологических больных	315
5.8. Психологические проблемы лиц, оказывающих помощь онкобольным.....	322
5.9. Особенности оказания психологической помощи онкологическим больным	327
5.10. Холистический подход в онкологической клинике	330
Контрольные материалы к главе 5	333
Ответы на задания в тестовой форме к главам 1-5.....	343
Список литературы	344

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АКТГ** — адренкортикотропный гормон
АЛТ — аспаратаминотрансфераза
АПТ — адьювантная психологическая терапия
АСТ — аланинаминотрансфераза
АТ — аутогенная тренировка
БДС — большой дуоденальный сосок
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВКБ — внутренняя картина болезни
ВМ — внутримышечно
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ГАМК — гамма-аминомасляная кислота
ГГТ — гамма-глутамилтранспептидаза
ГКЭ — гемиколонэктомия
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ЗНО — злокачественные новообразования
ИМТ — индекс массы тела
ИПП — ингибиторы протонной помпы
КПА — контролируемая пациентом аналгезия
КТ — компьютерная томография
ЛДГ — лактатдегидрогеназа
МГМСУ им. А.И. Евдокимова — Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
МЖ — механическая желтуха
МНИОИ им. П.А. Герцена — Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена
МРТ — магнитно-резонансная томография
НПВС — нестероидные противовоспалительные средства
ОА — опухолевый асцит
ООКН — опухолевая обструктивная кишечная непроходимость
ОПВ — опухолевый плевральный выпот

- ПВ** — профессиональное выгорание
ПК — подкожно
ПМП — паллиативная медицинская помощь
ПО — перорально
ПП — плевральная полость
ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство
Р — ректально
СЛ — сублингвально
СОПТ — смысло-ориентированная психотерапия (meaning-centered psychotherapy)
СЭВ — синдром эмоционального выгорания
ТА — транзактный анализ
ТД — трансдермально
ТТС — трансдермальная терапевтическая система
ТТСБ — терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно
УЗИ — ультразвуковое исследование
УТР — условно-рефлекторные тошнота и рвота
ФДПО — Факультет дополнительного профессионального образования
ХПН — хроническая почечная недостаточность
цАМФ — циклический аденозинмонофосфат
ЦНС — центральная нервная система
ЦОГ — циклооксигеназа
ЦПМ ДЗМ — Центр паллиативной медицины Департамента здравоохранения города Москвы
ЧД — частота дыхания
ЧПНС — чрескожная пункционная нефростомия
ЧЭНС — чрескожная электронейростимуляция
ЩФ — щелочная фосфатаза
ЭКГ — электрокардиограмма
ESPO — Европейское общество психосоциальной онкологии
IPOS — Международное психоонкологическое общество
MMPI — Миннесотский многоаспектный личностный опросник
MRC — Medical Research Council
SNEPKO — селективные активаторы нейрональных калиевых каналов

ПРЕДИСЛОВИЕ

Онкологическая патология остается одной из неразрешенных проблем человечества, что подтверждает неуклонный рост показателей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований во всем мире.

В Российской Федерации ежегодно выявляется более 500 тыс. новых случаев онкологических заболеваний, при этом более 300 тыс. больных погибают от злокачественных новообразований. Вместе с тем онкология в большинстве случаев остается болезнью пожилых людей, и во многом рост онкозаболеваемости можно объяснить увеличением продолжительности жизни жителей планеты.

К сожалению, острой проблемой остается выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях. Примерно половина пациентов с впервые выявленным диагнозом злокачественной опухоли имеют 3–4-ю стадии заболевания. Остается высоким число больных с распространенными формами рака пищевода, желудка, предстательной железы, мочевого пузыря, матки, поджелудочной железы и др. Ежегодно сотни тысяч пациентов в Российской Федерации не подлежат специальному противоопухолевому лечению из-за распространенности опухолевого процесса, а требуют только паллиативной медицинской помощи.

Федеральным законодательством определен новый для российского здравоохранения вид медицинской помощи — паллиативная медицинская помощь, что свидетельствует об официальном признании нового направления от-

естественного здравоохранения и имеет не только большое медицинское, но и социальное значение.

Очевидно, что эффективная работа системы паллиативной медицинской помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований невозможна без подготовки квалифицированных специалистов в этой области.

В 1999 году был организован первый в России курс паллиативной помощи при кафедре онкологии факультета последипломного профессионального образования врачей Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова.

В 2013 году в Московском государственном медико-стоматологическом университете имени А.И. Евдокимова организована первая в России кафедра паллиативной медицины на факультете дополнительного профессионального образования.

В 2014 году в Рязанском государственном медицинском университете имени И.П. Павлова, одном из первых в России, на кафедре онкологии с курсом лучевой диагностики ФДПО начато преподавание паллиативной медицинской помощи онкологическим больным студентам 6-го курса лечебного факультета. Это крайне важное событие для высшей медицинской школы, поскольку не секрет, что выпускники медицинских вузов имеют зачаточные знания по паллиативной медицине: лечению хронического болевого синдрома; нарушению гомеостаза у онкологических больных, получающих паллиативное лечение; хирургическим и психологическим аспектам паллиативной помощи данной категории пациентов.

До настоящего времени в отечественной медицинской литературе отсутствовал учебник по паллиативной медицинской помощи онкологическим больным для студентов медицинских вузов. Поэтому основной целью данного издания является предоставление будущим врачам знаний,

способствующих приобретению профессиональных компетенций для оказания квалифицированной паллиативной медицинской помощи с целью улучшения качества жизни каждого неизлечимого онкологического пациента и членов его семьи.

Предлагаемое издание является первым в России учебником по паллиативной медицинской помощи в онкологии для студентов медицинских вузов, и авторы выражают надежду, что он в определенной степени восполнит недостаток знаний по данной проблеме.

Глава 1

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Во всем мире, в том числе и в России, паллиативная помощь как самостоятельное направление здравоохранения зарождалась в онкологии, так как больные с генерализованными формами злокачественных новообразований (ЗНО), как никто другой, нуждались в избавлении от боли и невыносимых страданий. При тщательном изучении истории вопроса мы приходим к выводу, что именно необходимость облегчения нестерпимой боли стала причиной появления этого направления медицины во всех без исключения странах мира.

В этой лекции мы попытаемся кратко изложить историю развития в России паллиативной помощи больным ЗНО — той категории пациентов, которые нуждаются в активной симптоматической терапии и психосоциальной поддержке в ситуации, когда возможности радикального лечения исчерпаны или значительно ограничены.

Тема отношения врача к incurable и умирающему больному проходит через всю историю медицины. Начиная с времен древнегреческой медицины отношение врачей к incurable и умирающим больным менялось. Так, в книге Гиппократ «Об искусстве» говорится о цели медицины: «Она совершенно освобождает больных от болезней, притупляя силу болезни, но к тем, которые уже побеждены болезнью, она не протягивает своей руки».

В самом деле: неизлечимых больных лечить бессмысленно, потому что вылечить их невозможно. Автор данной книги озабочен тем, что работа с неизлечимыми больными может подорвать репутацию врача, медицины в целом.

Такая «этика» господствовала в среде врачей не только в Древней Греции, но и много позже. К сожалению, она присутствует в психологии значительной части современных медицинских работников.

Одним из первых обратил внимание медицины на умирающего больного английский философ Френсис Бэкон. В 1605 году в своем труде «О достоинстве и приумножении наук» он говорит: «Я совершенно убежден, что долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение боли как опасного симптома болезни может привести к выздоровлению, но даже и в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на исцеление и можно лишь сделать самую смерть более легкой и спокойной».

И все-таки до начала XIX века в правилах врачебного искусства рекомендовали, чтобы врач не только в случае смерти, но уже и в случае неизлечимости пациента покидал его. Больной оставался на попечении семьи и сиделок.

Истоки зарождения в России помощи инкурабельным и умирающим больным можно обнаружить уже в XVIII веке. На Руси общественная благотворительность, трансформируясь из «нищелюбия» в организованную помощь больным и страждущим, выработала такие формы общественного призрения, как богадельни для старых и увечных (1700 г.) — «гошпитали», которые были призваны осуществлять уход за убогими и престарелыми людьми. Эти учреждения были ориентированы прежде всего на помощь больным и нищим людям.

В XIX веке в России возникает первая Община сестер милосердия — петербургская Свято-Троицкая обитель (1844 г.). Здесь открывается богадельня на шесть коек для неизлечимых больных.

Первый в Москве приют для онкологических больных был открыт 8 ноября 1903 года по инициативе онколога, профессора Московского государственного университета Льва Львовича Левшина (1842–1911). По его инициативе и при личном участии в Москве был основан первый в России специальный институт для лечения раковых заболеваний, директором которого он оставался до конца жизни. В 1897 году Л.Л. Левшин проводил сбор пожертвований среди московских благотворителей, организовав в Москве фонд помощи онкологическим больным.

В 1903 году Р.И. Клейном на Беговой улице был построен четырехэтажный корпус для ухода за больными раком. Постепенно «раковый институт» на Беговой превратился в полноценную лечебную и исследовательскую клинику, утратив в 1920-е годы функцию хосписа — сегодня это Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена.

В 1911 году в г. Санкт-Петербурге на средства купцов Елисеевых была построена Еленинская больница для бедных женщин, страдающих онкологическими заболеваниями.

На I Международной конференции по изучению рака (1906 г.) вопросам медицинской помощи больным в терминальной стадии был посвящен ряд докладов русских ученых. На I Всероссийском съезде по борьбе со ЗНО в 1914 году было признано, что рак — болезнь социальная, и поэтому проблемами организации борьбы с раком и оказания помощи больным в терминальной стадии должны заниматься не только врачи-энтузиасты, но и государство.

В современной истории в середине 1980-х годов на базе Московской городской больницы № 64 главным врачом

Олегом Всеволодовичем Рутковским (1947–2008) было создано отделение по уходу за умирающими онкологическими больными.

В связи с прогрессивным ростом заболеваемости ЗНО во всем мире в 1982 году ВОЗ объявляет о необходимости создания нового направления здравоохранения — паллиативной помощи. В 1987 году паллиативная медицина впервые была признана медицинской специальностью Королевской коллегией врачей Великобритании.

В России, как и в большинстве стран мира, паллиативная медицина начала становление в середине 80-х годов прошлого столетия, существуя де-факто на базе ведущих онкологических научных центров страны. Пионерами становления паллиативной медицины в России (в то время СССР) были анестезиологи и онкологи, которые делали все возможное для того, чтобы облегчить страдания неизлечимых онкологических больных, и которые в последующем сформировали отечественную школу паллиативной медицины (З.В. Павлова, И.А. Фрид, М.Е. Исакова, Н.А. Осипова, В.И. Чиссов, В.В. Старинский, В.В. Брюзгин, Г.А. Новиков, Б.М. Прохоров, А.В. Палехов, В.Н. Ручкин, М.А. Вайсман, С.В. Рудой, М.М. Наумов, П.Б. Зотов, Е.П. Куликов, В.И. Соловьев и др.). Невозможно переоценить роль профессора Надежды Анатольевны Осиповой как вдохновителя и основателя российской анестезиологической школы лечения хронической боли, родоначальницы нового научного направления изучения и разработки инновационных подходов терапии хронической боли у больных с генерализованными формами ЗНО. Ученики Надежды Анатольевны последовательно развивают данное направление как в клинической практике, так и на научном и образовательном поприще.

В СССР вопросы оказания медицинской помощи онкологическим больным IV клинической группы эпизоди-

чески отражались в различных директивных документах, в основном с ориентацией на их госпитализацию в соматические отделения лечебных учреждений общего профиля (Приказ МЗ СССР № 590 от 25.04.1986). Территориям предписывалось обеспечить обязательную госпитализацию в стационары лечебно–профилактических учреждений больных с генерализованными формами ЗНО при наличии выраженного болевого синдрома и невозможности обеспечить лечение и уход в домашних условиях. К сожалению, это далеко не всегда выполнялось.

В 1987 году практически одновременно открываются кабинеты противоболевой терапии в ведущих онкологических учреждениях нашей страны в Ростове, Ленинграде, Москве. На базе МНИОИ им. П.А. Герцена (директор академик РАН В.И.Чиссов) в 1987 г. по инициативе профессора Н.А.Осиповой и профессора Г.А.Новикова был открыт один из первых кабинетов противоболевой терапии, а в 1991 г. по инициативе академика РАН В.И. Чиссова, профессоров В.В. Старинского и Н.А. Осиповой в соответствии с приказом МЗ РСФСР № 128 от 31 июля 1991 г. организован Российский научно-учебно-методический центр лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных (переименован приказом МЗ РФ № 222 от 27.06.2001 в Центр паллиативной помощи онкологическим больным). Руководителем Центра был назначен профессор Г.А. Новиков. В 1993 г. по указанию МЗ РСФСР № 209-7 от 13.07.1993 был создан Экспертный совет по организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным, председателем совета была назначена профессор Н.А. Осипова.

В последующем кабинеты противоболевой терапии были открыты во многих региональных онкологических диспансерах, что позволило в дальнейшем развивать это новое направление в онкологической службе.

Идеология хосписной помощи пронизывает всю медицину, существовавшую в России на протяжении многих столетий. Однако началом развития хосписного движения как одного из направлений паллиативной медицины следует считать создание первого хосписа в Лахте, Санкт-Петербург, в 1990 году. Вдохновителями создания и организаторами этого хосписа стали известный английский журналист Виктор Зорза, «движущая сила» создания хосписа, и первый главный врач хосписа Андрей Владимирович Гнездилов, работавший психотерапевтом с онкологическими больными с 1973 года.

Среди многочисленных публикаций, посвященных первому российскому хоспису, почти незамеченным осталось открытие в 1991 году второго в России хосписа в поселке Ломинцево Тульской области (главный врач Эльмира Шамильевна Каражаева, в 1990 году познакомившаяся с Андреем Гнездиловым и Виктором Зорзой).

В 1992 году в Москве по инициативе Веры Васильевны Миллионщиковой собралась небольшая группа добровольцев — медицинских работников, которая стала оказывать медицинскую помощь больным с генерализованными формами рака на дому. В 1994 году при финансовой и административной поддержке правительства Москвы открывается Первый московский хоспис. До настоящего времени это учреждение служит примером организации хосписной помощи онкологическим больным в конце жизни, бескорыстного служения персонала во имя облегчения страданий и улучшения качества жизни пациентов. После смерти В.В. Миллионщиковой Первый московский хоспис носит ее имя.

В числе первых в России была создана хосписная служба в Ярославле: патронажная служба была организована в 1993-м, а в 1997 году был открыт дневной стационар. В 1999 году была организована патронажная служба в г. Ростове Ярославской области, в 2001 году начал работать круглосуточный стационар в селе Диево-Городище Некра-

совского района Ярославской области. Сегодня этот хоспис является муниципальным учреждением, и помимо дневного стационара и службы помощи онкологическим больным на дому имеет в своем составе круглосуточный стационар.

Кемеровский областной хоспис (главный врач Ольга Александровна Березикова) был открыт в апреле 1994 года. В настоящее время хоспис имеет стационар на 30 коек, что дает возможность ежегодно госпитализировать до 530 онкологических больных, и выездную службу.

В 1994 году по благословению митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Иоанна (Снычева) в Санкт-Петербурге было основано сестричество во имя святой преподобной мученицы великой княгини Елисаветы. Состав сестричества сформировался из православных сотрудников и добровольцев первого в России хосписа.

В числе первых в онкологической службе в 1992 году в Ставропольском краевом онкологическом диспансере был создан кабинет противоболевой терапии, который возглавил врач-анестезиолог А.В. Палехов. С 1993 по 2000 год на базе кафедры анестезиологии и реанимации медицинского факультета Ставропольского государственного университета организуется факультативный цикл по вопросам лечения хронического болевого синдрома (доцент И.А. Гольяпина, А.В. Палехов), а в 2001 году приказом минздрава Ставропольского края кабинету противоболевой терапии был придан статус краевого учебно-методического центра паллиативной помощи, была начата работа по подготовке врачей по вопросам обезболивания с выездами в районы края. Тем же приказом были назначены специалисты, ответственные за проведение адекватного обезболивания в каждом районе, и выделены койки в составе терапевтических отделений. В соответствии с результатами проведенной работы, по рекомендации профессора Г.А. Новикова, А.В. Палехов был назначен первым в нашей стране главным

внештатным специалистом по противоболевой терапии регионального министерства здравоохранения.

Необходимо отметить, что уже в этот период начинают реализовываться основные принципы организации паллиативной медицинской помощи (ПМП), позже сформулированные профессором Г.А. Новиковым как «организация региональных моделей паллиативной помощи в субъектах РФ с учетом географических, демографических и экономических показателей». Одним из ярких примеров региональной модели, учитывающей эти показатели, может служить Ставропольский край, где для проведения адекватной анальгетической терапии как ведущего направления ПМП необходимо в первую очередь учитывать проблемы ее организации в сельских поселениях и малых городах.

В 1994 году на базе городской клинической больницы № 11 г. Москвы по инициативе Л.И. Бененсона и Г.А. Новикова открыто первое отделение паллиативной помощи онкологическим больным в стационаре общетерапевтического профиля (в течение всего периода работы отделением заведовали Е.Ю. Титкова, Б.М. Прохоров, М.А. Вайсман). В этом же году в Уфе открылось первое отделение паллиативной помощи онкологическим больным в составе Башкирского Республиканского клинического онкологического диспансера (главный врач В.Н. Ручкин, заведующий отделением А.А. Газизов). Такое же отделение открылось в Тюменском областном онкологическом диспансере (главный врач М.М. Наумов, заведующий отделением П.Б. Зотов).

В связи с необходимостью содействия государственному здравоохранению в становлении и развитии в России нового направления — паллиативной медицины, под руководством профессора Г.А. Новикова в 1995 году был создан Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных». Это первая в России некоммерческая организация, основной целью которой является содействие разработке и вне-

дрению инновационных методов паллиативной медицины в нашей стране, повышающих качество жизни больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний. Приоритетными задачами Фонда являются организация семинаров, конференций и конгрессов по проблемам паллиативной медицины, издание тематической литературы и научно-практического журнала «Паллиативная медицина и реабилитация». Журнал основан в 1996 году и является единственным профильным научно-практическим изданием по данному направлению (входит в Перечень рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук и доктора наук).

С 1997 года Фондом на привлеченные благотворительные средства были изданы книги, монографии, учебные пособия для врачей и курсы лекций по паллиативной медицине, так остро необходимые на этапе становления этого нового направления отечественного здравоохранения. В результате проведенной Фондом работы в регионах РФ были созданы условия для организации структурных подразделений паллиативной помощи онкологическим больным.

Невозможно рассказать обо всех начинаниях и людях, которые внесли большой вклад в развитие ПМП в нашей стране. Но акцентируя внимание на истоках, возвращаясь к сложному периоду зарождения ПМП как самостоятельного направления медицины, следует упомянуть об Ульяновске.

В Ульяновской области развитие паллиативной помощи было инициировано на медицинском факультете Ульяновского государственного университета в 1992 году. У истоков организации паллиативной помощи в онкологии в Ульяновске стояли два замечательных человека, два доктора — Олег Павлович Модников и Тофик Зиятдинович Биктимиров.

Олег Павлович Модников — профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик РАЕН, до приезда в Ульяновск

являлся заместителем директора по науке крупнейшего в Киргизии НИИ онкологии и радиологии. В 1994 году была впервые организована кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии, которую возглавил Олег Павлович. Профессор Модников контролировал не только учебный процесс на кафедре, но и лечебно-диагностический процесс в Ульяновском областном онкологическом диспансере, который за период его работы получил статус клинического учреждения. Основным научным направлением кафедры явилась проблема оптимизации методов паллиативного лечения онкологических больных. Благодаря усилиям Олега Павловича в Ульяновске был создан один из первых в России хосписов. Сотрудниками кафедры онкологии в 1995 году были созданы учебные программы «Хоспис и паллиативная медицина» для преподавания студентам 4–6-х курсов медицинских институтов и студентам медицинских колледжей.

Тофик Зиятдинович Биктимиров более 35 лет проработал в системе здравоохранения и высшего профессионального образования Ульяновской области. Он стоял у истоков создания в Ульяновском государственном университете медицинского факультета, а также был одним из первых, кто осознал необходимость развития в области паллиативной помощи онкологическим больным и организовал Ульяновский областной хоспис.

Невозможно создать эффективную систему ПМП без квалифицированных специалистов в этой области. Поэтому огромное значение имеет качественная подготовка кадров не только для работы в специализированных подразделениях ПМП, но и повышение квалификации всех медицинских работников в вопросах, связанных с оказанием ПМП.

Так, в 1999 году на кафедре онкологии факультета послевузовского профессионального образования врачей Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (заведующий кафедрой академик РАН В.И. Чиссов) началась подготовка

врачей лечебных специальностей на курсе паллиативной помощи (заведующий курсом профессор Г.А. Новиков). Учебно-методическим объединением медицинских и фармацевтических вузов России в 2000 году утверждена «Программа послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по паллиативной помощи в онкологии». С 1999 по 2011 год на курсе паллиативной помощи прошли тематическое усовершенствование 1432 врача. В связи с реорганизацией Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова в Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова в сентябре 2010 года курс был объединен с кафедрой онкологии.

В феврале 2013 года по инициативе ректора Московского медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова профессора О.О. Янушевича, на факультете дополнительного профессионального образования была создана первая в России кафедра паллиативной медицины (приказ ректора от 14 февраля 2013 № 76-ОД). Обучение специалистов проводится по разработанной программе цикла тематического усовершенствования продолжительностью 144 часа; к июлю 2016 года повышение квалификации по вопросам паллиативной медицинской помощи прошли 1183 врача лечебных специальностей из Москвы и других субъектов РФ. Руководит кафедрой паллиативной медицины д.м.н., профессор Георгий Андреевич Новиков — один из инициаторов и организаторов системы паллиативной помощи онкологическим больным в России. Профессор Г.А. Новиков основал научную школу паллиативной медицины в России. Под его руководством в нашей стране выполнены исследования по проблемам терапии хронической боли, коррекции нарушений гомеостаза, психологической поддержки инкурабельных онкологических больных, результаты которых были внедрены в клиническую практику.

Для подготовки квалифицированных кадров для медицинских организаций, оказывающих ПМП в субъектах

РФ, очевидна необходимость создания курсов и кафедр во всех медицинских вузах страны. В целях реализации этого направления МГМСУ им. А.И. Евдокимова в рамках межвузовского сотрудничества оказывает методическое содействие в разработке образовательных программ по паллиативной медицине ряду ведущих медицинских вузов России. При непосредственном участии кафедры паллиативной медицины ФДПО разработаны рабочие учебные программы по паллиативной медицинской помощи для дополнительного профессионального образования в следующих вузах: Институт последипломного образования врачей Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; Смоленская государственная медицинская академия; Ставропольский государственный медицинский университет; Башкирский государственный медицинский университет; Казанская государственная медицинская академия; Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера; Хабаровский институт повышения квалификации врачей; Институт медицины и экологии Ульяновского государственного университета.

В 2014 году, в одном из первых в России, Рязанском государственном медицинском университете имени академика И.П. Павлова, на кафедре онкологии с курсом лучевой диагностики ФДПО начато преподавание паллиативной медицинской помощи онкологическим больным студентам 6-го курса лечебного факультета (проректор по лечебной работе проф. Е.П. Куликов).

Во многих регионах России вплоть до 2011 года возникали трудности с организацией подразделений паллиативной помощи, как кабинетов противоболевой терапии, так и отделений паллиативной помощи и хосписов. Специалисты, ока-

зывающие помощь инкурабельным больным, не имели порой никакой информации по вопросам организации ПМП и адекватного обезболивания, возможности общения друг с другом, не знали, где приобрести необходимые знания, литературу и опыт. С другой стороны, людям порой было очень сложно найти стационар, где инкурабельному онкологическому больному могла быть оказана эффективная медицинская помощь. Долгое время существовал дефицит не только учреждений паллиативной помощи, но и литературы и информации. Так, с целью содействия созданию системы паллиативной помощи в разных городах и регионах России, предоставления площадки специалистам для обмена информацией и опытом, уже имеющимся в нашей стране и за рубежом, в 2006 году энтузиастами из Нижнего Новгорода был создан информационный сайт «Паллиативная/хосписная помощь», который стал первым в России интернет-ресурсом, где были собраны все имеющиеся в то время документы, публикации, литературные источники (или ссылки на них) и информация по различным вопросам паллиативной/хосписной помощи на русском языке. Главным редактором и основателем сайта стала Е.С. Введенская, по инициативе и при участии которой в 2009 году в Нижнем Новгороде был открыт первый хоспис для онкологических больных.

Действительно, ПМП онкологическим больным поступательно развивается в Российской Федерации уже более 25 лет. Но только в последние годы мы можем говорить о том, что создана и совершенствуется необходимая нормативная и организационная база здравоохранения, которая позволит осуществлять ее развитие во всей стране на принципиально новом уровне. Определяющим шагом к дальнейшему интенсивному развитию ПМП стало введение Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нового вида медицинской помощи — паллиативной медицинской помощи. Законом впервые дается и опреде-

ление ПМП как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». ПМП в соответствии с законом впервые официально признана одним из самостоятельных видов медицинской помощи, оказываемой населению (статья 32), также законом определено, что ПМП «оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи» (статья 36).

Так, после принятия закона впервые мероприятия по развитию ПМП в стране были включены в Государственную программу страны «Развитие здравоохранения» до 2020 г. Бесплатное оказание ПМП в амбулаторных и стационарных условиях предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» предусматривает финансовое обеспечение ПМП за счет финансовых средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

В 2013 году Минздравом России впервые в статистические отчетные формы введены показатели по оказанию ПМП (форма № 62 — фактические объемы и финансирование медицинской помощи, финансирование лекарственного обеспечения). Это представляет возможность получения и анализа статистических данных, характеризующих оказание этого вида медицинской помощи пациентам различного профиля. В перспективе крайне важно планировать проведение эпидемиологических исследований в субъектах Российской Федерации для определения потребности в паллиативной медицинской помощи с разработкой критериев учета контингента неизлечимых больных, а также

разработкой показателей эффективности оказания ПМП пациентам.

Приказом МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. № 1343н был впервые утвержден Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению. В мае 2015 года, после внесения ряда изменений и дополнений, принят новый Порядок оказания ПМП взрослому населению (приказ МЗ РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н, зарегистрирован Минюстом 8 мая 2015 г. № 37182). Порядок устанавливает правила оказания ПМП взрослому населению (за исключением больных ВИЧ-инфекцией), определяет формы оказания ПМП, а именно: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение). Утвержден Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям (приказ МЗ РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н, зарегистрирован Минюстом 12 мая 2015 г. № 37231). В настоящий момент следует констатировать наличие необходимой нормативно-правовой базы для организации и развития системы паллиативной медицинской помощи в РФ.

По инициативе представителей медицинского сообщества, занятых в сфере оказания ПМП в субъектах РФ, в июне 2012 года создана Российская ассоциация паллиативной медицины (государственный регистрационный номер 1127799010756 от 04.06.2012). Цель ее создания — содействие в разработке и реализации национальной концепции развития и совершенствования ПМП в России. Сегодня Ассоциация представлена в 74 субъектах РФ и насчитывает более 800 членов.

В 2015 году на базе филиала № 1 московской городской клинической больницы № 24 (бывшая ГKB № 11) приказом Департамента здравоохранения города Москвы № 106 от 17

февраля 2015 года образовано государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр паллиативной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» (ЦПМ ДЗМ), основной целью которого является оказание паллиативной медицинской помощи неизлечимо больным гражданам с неонкологическими и онкологическими заболеваниями.

В ЦПМ ДЗМ в декабре 2015 года организована первая в России Университетская клиника паллиативной медицины, объединившая кадровый, научный и материальный потенциал структурных подразделений ЦПМ ДЗМ и Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова. В состав Университетской клиники паллиативной медицины включены кафедры паллиативной медицины, поликлинической терапии, социальной медицины и социальной работы, клинической психологии, фтизиатрии и пульмонологии и эндоскопической хирургии. Осуществление координации и руководства Университетской клиникой паллиативной медицины возложено на профессора Новикова Георгия Андреевича — директора клиники, заведующего кафедрой паллиативной медицины.

Работа ЦПМ ДЗМ в сотрудничестве с Университетской клиникой позволит разработать и внедрить в клиническую практику протоколы оказания паллиативной медицинской помощи, обеспечив высокое качество оказания данного вида медицинской помощи с применением современного комплекса медицинских вмешательств.

Как следует из вышеизложенного, паллиативная медицинская помощь в России имеет самобытную историю, свои корни и основоположников. Сегодня это еще и один из видов медицинской помощи в России, который направлен на реализацию неотъемлемого права граждан на избавление от боли и облегчение страдания, связанного с хроническим прогрессирующим заболеванием.

Контрольные материалы к главе 1

Задания в тестовой форме

Выберите один правильный ответ

1. Целью паллиативной медицинской помощи неизлечимым онкологическим больным является:

- а) продление жизни
- б) улучшение психологического статуса
- в) лечение хронической боли
- г) улучшение качества жизни
- д) симптоматическое лечение

2. Правила оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению установлены:

- а) Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- б) приказом Минздрава России от 14 апреля 2015 г. № 187н
- в) приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н
- г) приказом Минздрава России от 6 августа 2013 г. № 529н
- д) приказом Минздрава России 20 декабря 2012 г. № 1183н2

3. Оказание паллиативной медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями систем здравоохранения:

- а) государственной и муниципальной
- б) муниципальной и частной
- в) государственной, муниципальной и частной
- г) государственной и частной
- д) государственной, муниципальной и ведомственной

4. Паллиативная медицинская помощь

классифицируется как:

- а) направление медико-социальной деятельности
- б) условие оказания медицинской помощи
- в) форма оказания медицинской помощи
- г) комплекс медицинских вмешательств
- д) вид медицинской помощи

5. Качество жизни зависит от параметров личности:

- а) социальных
- б) психологических
- в) духовных
- г) верно а, б и в
- д) все верно

6. Паллиативная медицинская помощь в онкологии — это:

- а) купирование боли, поддержка при решении психологических проблем
- б) духовная поддержка и помощь в подготовке к смерти
- в) комплекс медицинских вмешательств, направленных на улучшение качества жизни неизлечимого онкологического пациента
- г) лечение незначительных симптомов

7. В «команду», осуществляющую паллиативную медицинскую помощь, могут входить:

- а) только медицинские работники
- б) только члены семьи и/или друзья пациента
- в) только социальные работники и служители культа
- г) все перечисленные группы

8. Цель общения с пациентом с терминальным раком при оказании паллиативной медицинской помощи:

- а) вселить надежду на выздоровление
- б) отвлечь от мыслей о надвигающейся смерти
- в) избавить от неопределенности и придать новое значение отношениям с окружающими
- г) правильного ответа нет

9. При оказании паллиативной медицинской помощи инициатива в общении должна исходить:

- а) от пациента
- б) от среднего медперсонала
- в) от родственников
- г) от врача

10. Обсуждение с пациентом диагноза и прогноза заболевания происходит по желанию:

- а) членов семьи пациента
- б) пациента
- в) врача
- г) проводится в любом случае

11. Укажите виды медицинской помощи, которые НЕ предоставляются бесплатно в рамках программы государственных гарантий:

- а) скорая медицинская помощь
- б) первичная медико-санитарная помощь
- в) медико-психологическая помощь
- г) специализированная медицинская помощь
- д) паллиативная медицинская помощь

12. Понятия «тяжесть заболевания или состояния» обозначает критерий, определяющий:

- а) степень поражения органов и/или систем организма человека либо нарушения их функций
- б) степень поражения органов и/или систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением
- в) степень изменения органов и/или систем организма человека либо изменения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением

13. Какая группа неонкологических заболеваний занимает первое место по количеству пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи:

- а) заболевания сердечно-сосудистой системы
- б) патология ЦНС
- в) нервно-мышечная дегенерация
- г) болезни дыхательной системы

14. Целью духовной поддержки неизлечимо больных является:

- а) усиление глубокого личного взаимодействия между пациентом, семьей и медицинскими работниками
- б) вселение надежды на выздоровление
- в) отвлечение от прогрессирующего ухудшения состояния
- г) верно а и б
- д) верно а и в

15. Моментом смерти человека является:

- а) остановка кровообращения
- б) остановка дыхания
- в) смерть мозга
- г) биологическая смерть
- д) верно а и в
- е) верно в и г

16. Реанимационные мероприятия НЕ проводятся:

- а) при остановке кровообращения и/или дыхания
- б) при наличии признаков биологической смерти
- в) при клинической смерти на фоне прогрессирования заболевания у неизлечимого пациента
- г) верно б и в
- д) верно а и в

17. Факторами, влияющими на восприятие пациентом тяжелых проявлений прогрессирующего онкологического заболевания, являются:

- а) физический статус
- б) физическое и психоэмоциональное состояние
- в) социальный статус
- г) духовные потребности
- д) психологический статус

18. На выбор лечебной тактики при оказании паллиативной медицинской помощи онкологическому больному влияет:

- а) локализация опухоли
- б) возраст пациента
- в) возраст пациента и распространение опухолевого процесса
- г) стадия опухолевого процесса и жизненный прогноз
- д) верно а и б

19. Вставьте пропущенные слова:

В Российской Федерации
эвтаназия _____, в рамках закона
эта процедура рассматривается как _____

20. Установите соответствие определений:

1. Активная эвтаназия 2. Пассивная эвтаназия	2. Намеренное прекращение поддерживающей терапии неизлечимого больного 1. Введение неизлечимому больному лекарственных средств либо другие действия, которые влекут за собой быструю смерть
---	--

Контрольные вопросы

1. Как развивалась паллиативная медицинская помощь в России?
2. В чем суть положений Федерального закона № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статьи 32 и 36), определяющих паллиативную медицинскую помощь?
3. Какие нормативные документы регламентируют оказание паллиативной медицинской помощи населению в Российской Федерации?
4. Какие существуют формы и условия оказания паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации?
5. Каков порядок маршрутизации пациентов для оказания паллиативной медицинской помощи?
6. Какие группы пациентов, кроме онкологических, нуждаются в паллиативной медицинской помощи?
7. Какие специальные методы лечения могут быть использованы для улучшения качества жизни онкологических пациентов?
8. В чем отличие паллиативной медицинской помощи от паллиативного лечения?
9. Как психологические и социальные аспекты жизни влияют на качество жизни неизлечимых онкологических пациентов?
10. В чем особенности коммуникации с неизлечимыми онкологическими пациентами и их близкими?

Глава 2

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

По данным ВОЗ, более 70% онкологических больных испытывают боли различной интенсивности. В Российской Федерации не менее 1,5 миллиона больных нуждаются в назначении анальгетиков. Особенно часто (свыше 90% всех случаев) боли встречаются при запущенных стадиях онкологического процесса и при прогрессировании опухоли. Боль — это часто то, чего более всего боятся и от чего более всего страдают онкологические больные. Иногда боятся больше смерти, желая быстрее умереть, лишь бы не было боли. Хроническая боль в значительной степени отличается от обычной, хорошо знакомой всем нам, острой боли. Она оказывает самое значимое влияние на психологическое и духовной состояние пациента, на качество его жизни. Хроническая боль меняет жизнь не только пациента. Его родные, близкие в полной степени ощущают страдания больного, сопереживают им и справедливо желают и требуют оказания адекватной медицинской помощи. Врачи любых специальностей, так или иначе участвующие в лечении онкологических больных, обязаны знать и грамотно применять основные положения и принципы лечения хронического болевого синдрома. Эффективное лечение хронической боли онкологического генеза рассматривается как один из основных компонентов паллиативной помощи, направленной на улучшение качества жизни пациентов.

В соответствии с определением Международной ассоциации лечения боли, под болью понимается неприятное физическое и эмоциональное ощущение, которое возникает при реальном повреждении или угрозе повреждения тканей, или описываемое в терминах такого повреждения. Боль появилась в процессе эволюции и является необходимым, незаменимым звеном в нормальной жизнедеятельности любого существа, предупреждая о повреждающем воздействии и предостерегая об опасности. Боль сигнализирует о болезни, предупреждает о расстройстве деятельности как всего организма, так и отдельных органов. Она помогает врачу распознать заболевание, нередко указывает правильный путь лечения. «Боль — это сторожевой пес здоровья», — говорили в Древней Греции. Боль — это интегративная функция организма, которая мобилизует самые разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия внешнего фактора и включает такие компоненты, как сознание, ощущение, память, мотивации, вегетативные, соматические и поведенческие реакции, эмоции. Биологический смысл боли, по И.П. Павлову, состоит в отбрасывании, выбрасывании всего, что мешает, угрожает жизненному процессу, что нарушало бы уравнивание организма со средой.

2.1. МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

Боль возникает в результате воздействия на организм ноцицептивных (повреждающих) факторов и/или ослабления антиноцицептивной защиты. Согласно J.D. Loeser, многофакторная концептуальная модель боли предполагает наличие единого процесса, включающего четыре основных взаимодополняющих уровня: ноцицепцию (импульсацию от реактивной зоны), собственно болевое ощущение (интеграцию ноцицептивных сигналов на уровне спинного моз-

га), страдание (переживание боли — негативное ощущение, генерированное в ЦНС и модулированное эмоциональными реакциями) и болевое поведение (моторно-мотивационный ответ организма, регулируемый всеми составляющими) (рис. 1). Боль возникает при возбуждении неинкапсулированных нервных окончаний. Эти свободные нервные окончания являются хеморецепторами. Для возникновения болевого ощущения требуется раздражение нервных окончаний биологически активными веществами, образующимися при деструктивных процессах, сопровождающих опухолевый рост. К тканевым аллогенам относят свыше 30 субстанций, важнейшими из которых являются простагландин E₂, гистамин, серотонин, ионы калия и водорода, молекулы оксида азота и другие биологически активные соединения. Существенна роль плазменных аллогенов, получивших название кининов (брадикинин). В крови содержатся предшественники кининов — кининогены. Под влиянием специфических ферментов — калликреинов — кининогены превращаются в кинины. В нормальных физиологических условиях кинины быстро разрушаются особыми ферментами — кининазами. Плазменные и тканевые кинины взаимодействуют с ноцицепторными рецепторами, резко повышая их чувствительность и способность генерировать болевые импульсы. Особенностью хронической боли у онкологических больных является свойство ноцицепторов возбуждаться не только при взаимодействии с воспалительными аллогенами, но и при воздействии специфических опухолевых факторов (некроз опухоли и др.).

Нейрофизиологические основы боли заключаются в сложном взаимодействии ноцицептивной и антиноцицептивной систем, представленном следующими основными физиологическими процессами:

— восприятие болевых ощущений ноцицепторами — свободными нервными окончаниями миелиновых А-δ и

безмиелиновых С-волокон, расположенными во всем теле, за исключением головного мозга;

— проведение ноцицептивных импульсов по первичным афферентным волокнам в задние рога спинного мозга и по восходящим проводящим путям в кору головного мозга;

— прием и переработка ноцицептивной информации в коре головного мозга (в частности, лимбической системе и неокортексе);

— модуляция ноцицептивного возбуждения (периферическая модуляция, сегментарное поражение, супраспинальный нисходящий тормозной контроль и действие нейромедиаторов/нейромодуляторов).



Рис. 1. Многофакторная концептуальная модель боли

Боль прежде всего связана с деятельностью ЦНС. Процесс передачи и обработки возбуждения, формирование чувства боли, обеспечивается структурами разных уровней ЦНС. Первый нейрон, реагирующий на ноцицептивное

раздражение, находится в спинальном ганглии. В составе задних корешков аксоны этих клеток входят в спинной мозг и оканчиваются на нейронах задних рогов, образуя с ними синаптические контакты. Отростки нейронов задних рогов спинного мозга составляют спиноталамический тракт, по которому возбуждение достигает зрительного бугра и оканчивается на нейронах так называемых специфических ядер, особо важную роль среди которых играет вентробазальная группа. В спинном мозге имеется множество спино-спинальных перекрестных и сегментарных волокон, которые обеспечивают с высокой степенью надежности передачу возбуждения. Важнейшей структурой, осуществляющей обработку информации, поступающей в головной мозг, является ретикулярная формация мезэнцефалической области. Здесь сосредоточены координирующие механизмы, благодаря которым боль формируется как своеобразное интегративное свойство организма, включающее вегетативные и соматические компоненты. Именно на нейронах ядер таламуса происходит последнее переключение перед поступлением в кору импульсов, проходящих по всем каналам. Таламус рассматривается как область мозга, в которой пришедшее возбуждение, вызванное ноцицептивным раздражением на периферии, приобретает характер ощущения: неприятного, тягостного чувства. Но оно еще не спроецировано на определенную область тела и лишено тонких и специфических оттенков. Большую роль в идентификации болевого афферентного возбуждения играет процесс реверберации (циркуляции) импульсов в таламокортикальных кругах. Благодаря этому процесс возбуждения циркулирует некоторое время между корой и ближайшей подкоркой. Реверберация рассматривается также как нейрофизиологический механизм, связанный с памятью о боли. В формировании болевой интеграции участвует лимбическая система мозга, имеющая непосредственное отношение к памяти,

мотивациям и эмоциям. Особо должна быть отмечена роль лимбической системы в образовании сигналов, поступающих от внутренних органов. Процесс осознания боли как ощущения, локализация его по отношению к определенной области тела и весь сложный комплекс поведения, развивающийся после принятия решения о действии, адекватном состоянию организма и условиям, в которых он находится в данный момент, совершается при обязательном участии сенсорной коры больших полушарий. При введении наркотиков и анальгетиков эта реакция на болевое раздражение блокируется. Выявлено, что в эпифизе вырабатываются особые вещества — эндорфины (олигопептиды по структуре), которые способны понизить возбудимость структур, обеспечивающих болевую интеграцию. Данные вещества имеют непосредственное отношение к работе эндогенной системы контроля проведения ноцицептивных сигналов, получившей название антиноцицептивной системы и объединяющей структуры периферической нервной системы, спинного и головного мозга.

Антиноцицептивная система представляет собой иерархическую совокупность нервных структур на разных уровнях ЦНС, обладающую собственными нейрохимическими механизмами, способную тормозить активность ноцицептивных нейронов на различных уровнях и подавлять болевые ощущения. В развитии аналгезии при активации этих нейрональных структур наибольшая роль отводится опиоидергической, серотонинергической, норадренергической и каннабиноидной системам мозга.

Опиоидергическая система мозга образована нейронами, содержащими более 30 опиоидных пептидов, многие из которых (бета-эндорфин, мет-энкефалин, лей-энкефалин, динорфин, эндоморфины) обладают обезболивающим действием. Опиоидные пептиды впервые были выделены из мозга в 70-х годах прошлого века и получили назва-

ние эндорфинов (в переводе с греческого языка означает «в мозгу»). По действию они напоминают наркотические препараты, а именно производят обезболивающее и успокаивающее воздействие. Изучение молекул эндорфинов показало, что у них есть часть, общая для всех производных морфина. Именно она нужна для связи со специфическими рецепторами нейронов (опиатными рецепторами), которые обнаружены в большом количестве в спинном мозге, медиальных ядрах таламуса, гипоталамусе, лимбических структурах, фронтальной коре и других отделах ЦНС. Раздражение этих участков ЦНС, как и введение в организм эндорфинов, предопределяет сильный обезболивающий эффект. Опиоидные пептиды являются модуляторами (как правило, тормозными) освобождения медиаторов в нейросекреторных структурах мозга и взаимодействуют при этом как с нейромедиаторами, так и с нейропептидами. Они модулируют синаптическую передачу в спинном мозге, а именно передачу сигналов, связанную с болевой чувствительностью, и освобождение веществ (одного из тормозных анальгетиков) из окончаний сенсорных нервов. В то же время современные исследования показали, что опиоидные рецепторы могут участвовать и в активации ноцицептивных нейронов: в частности, длительное введение морфина онкологическим больным может приводить к развитию у них генерализованной гипералгезии. Этот феномен связывают с формированием опиоидной толерантности и нарушением межнейронального взаимодействия в системе регуляции болевой чувствительности.

Серотонинергическая система мозга играет важную роль в механизмах регуляции болевой чувствительности, оказывая как тормозное, так и возбуждающее действие на ноцицептивные нейроны дорсального рога. В настоящее время выделено 7 групп серотониновых рецепторов: 5-НТ1, 5-НТ2, 5-НТ3, 5-НТ4, 5-НТ5, 5-НТ6, 5-НТ7 и множество

их подтипов в каждой группе. Считается, что торможение ноцицептивных нейронов в спинном мозге реализуется посредством рецепторов 5-НТ1В или 5-НТ1D. Аналгезия, возникающая при активации спинальных постсинаптических 5-НТ3-рецепторов, сопряжена с секрецией ГАМК.

Норадренергическая система мозга также участвует в реализации антиноцицептивных эффектов. Антиноцицептивные эффекты норадреналина преимущественно реализуются через α 2-адренорецепторы, имеющие три подтипа: α 2A-AR, α 2B-AR, α 2C-AR.

Канабиоидная система осуществляет модуляцию ноцицептивных сигналов посредством эндогенных канабиоидов (анандамид и арахидонат глицерина), взаимодействующих с канабиоидными рецепторами CB₁ и CB₂, располагающимися в нейронах дорсального ганглия, поверхностных пластинках дорсальных рогов спинного мозга, таламуса и других нейрональных структурах. Активация канабиоидных рецепторов приводит к торможению аденилатциклазы, снижению продукции цАМФ, закрытию каналов для ионов Ca²⁺ и открытию каналов для ионов K⁺. Канабиоиды тормозят выделение медиаторов ноцицепции в периферических тканях, в дорсальных рогах спинного мозга и в структурах головного мозга.

Антиноцицептивная и ноцицептивная система тесно взаимодействуют между собой, поэтому болевые ощущения возникают не только в результате возбуждения ноцицептивной системы, но и при торможении антиноцицептивной.

Основными причинами боли онкологического генеза являются: рост и развитие опухолевого процесса, а также последствия специального противоопухолевого лечения (оперативного, лучевого, лекарственного) и сопутствующая патология.

Боль всегда субъективна, ее конечная оценка определяется локализацией и характером повреждения, природой повреждающего фактора, психологическим состоянием

человека и его индивидуальным жизненным опытом. Особое значение данный аспект приобретает при хронической боли у онкологических больных, которая продолжается в течение определенного времени и приобретает статус самостоятельной болезни. Хроническая боль снижает физическую и социальную активность, вызывает психо-эмоциональные расстройства, приводит к регионарным и системным нарушениям микроциркуляции, является причиной вторичной иммунологической недостаточности и нарушения деятельности органов и систем. Такая боль является по сути патологической, приводя к истощению ресурсов антиноцицептивной защиты. В зависимости от патогенеза боль можно подразделить на ноцицептивную (соматогенную), нейропатическую (нейрогенную) и психогенную. Очень часто у пациента может наблюдаться боль смешанного генеза.

2.1.1. Ноцицептивная боль

Боль, возникающую вследствие активации ноцицепторов, относят к ноцицептивной, или соматогенной. В зависимости от места возникновения ноцицептивная боль подразделяется на соматическую и висцеральную. Клинически соматогенные болевые синдромы проявляются наличием постоянной болезненности и/или повышением болевой чувствительности в зоне повреждения или воспаления. Такая боль, как правило, локализована, имеет определенную интенсивность и характер. Со временем зона болевой чувствительности может расширяться и выходить за пределы поврежденных тканей. Участки с повышенной болевой чувствительностью к повреждающим стимулам называют зонами гипералгезии. Выделяют первичную гипералгезию, которая охватывает поврежденные ткани, и вторичную гипералгезию, локализирующуюся вне зоны повреждения. Периферическое повреждение запускает целый

каскад патофизиологических и регуляторных процессов, затрагивающих всю ноцицептивную систему (от тканевых ноцицепторов до корковых нейронов). В связи с этим для лечения ноцицептивной боли целесообразно применение средств, направленных на подавление синтеза медиаторов воспаления, на ограничение поступления ноцицептивной импульсации из зоны повреждения в ЦНС и на активацию структур антиноцицептивной системы.

2.1.2. Нейропатическая боль

Развитие нейропатической боли обусловлено повреждением или заболеванием периферической или центральной нервной системы. Такая боль имеет ряд особенностей, отличающих ее патофизиологически и клинически от ноцицептивной боли. Патогенетические механизмы нейрогенной и ноцицептивной боли различны. Развитие нейропатической боли в настоящее время связывают с морфофункциональными изменениями, объединяющими гиперактивированные ноцицептивные структуры в новую патодинамическую организацию: патологическую алгическую систему, результатом деятельности которой является болевой синдром. Нейропатическая боль может быть постоянной или пароксизмальной, спонтанной или вызванной, сопровождаться негативной или позитивной сенсорной симптоматикой. Полиморфизм болевых ощущений у разных пациентов обусловлен характером, степенью и местом повреждения. При частичном повреждении ноцицептивных афферентов чаще возникает спонтанная жгучая поверхностная или стреляющая пароксизмальная боль, подобная удару электрического тока и длящаяся всего несколько секунд. В случае полной денервации боль чаще всего имеет постоянный характер. Дегенеративные изменения специфических волокон проявляются такими негативными сенсорными симптомами, как гипестезия,

гипоалгезия и термогипестезия. Позитивные сенсорные симптомы — парестезии и дизестезии, спонтанная и вызванная боль — отражают патологическую активность нервных структур. Спонтанная боль сопровождается вегетативными расстройствами: снижением кровотока, гипер- или гипогидрозом в болезненной области. Боль часто усиливает или сама вызывает эмоционально-стрессовые нарушения. Вызванная боль может проявляться в виде аллодинии (болезненное ощущение при неболевом воздействии), гипералгезии (сверхболезненное ощущение при болевом воздействии) и гиперпатии (чрезмерная чувствительность при неболевом или болевом воздействии). С учетом особенностей патогенеза при лечении нейропатической боли целесообразно использование средств, подавляющих патологическую активность периферических эктопических нейрональных очагов возбуждения и агрегатов гипервозбудимых нейронов: антиконвульсантов, бензодиазепинов, агонистов рецепторов ГАМК, блокаторов кальциевых каналов, антагонистов возбуждающих аминокислот, периферических и центральных блокаторов Na^+ — каналов.

2.1.3. Психогенная (дисфункциональная) боль

Ведущее значение в механизме развития психогенных, или дисфункциональных, болевых синдромов отводится психологическим факторам. Онкологический процесс, сопровождающийся изнуряющей болью, влияет на эмоции и поведение больного. Боль часто ведет к появлению тревожности, депрессии и напряженности, которые, в свою очередь, увеличивают остроту восприятия боли. В ЦНС может сформироваться застойный очаг возбуждения. В этом случае наблюдается неадекватная реакция пациентов на болевое воздействие. Пациенты ждут и боятся развития боли, часто одними своими мыслями вызывая ее нараста-

ние. Часто боль психологической природы провоцируется эмоциональными конфликтами или психосоциальными проблемами. Это подчеркивает важность психотерапии в контроле над болью, особенно в некоторых упорных, рефрактерных к лечению случаях.

В современной клинической практике только правильное понимание врачом механизмов развития болевого синдрома у каждого конкретного пациента может позволить ему правильно определить стратегию терапии хронической боли онкологического генеза.

2.2. ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Важную роль в правильном выборе тактики лечения хронической боли онкологического генеза играет диагностика причин, патогенетического типа и интенсивности боли, а также контроль эффективности всех лечебных мероприятий. Диагностику следует проводить простыми неинвазивными методами, оценивая интенсивность боли, показатели качества жизни пациента и переносимость принимаемых лекарственных средств. Инвазивные инструментальные и лабораторные методы исследования применяют только по специальным показаниям. Необходимо тщательно собрать анамнез хронической боли. Определить время появления боли, причины, ее вызвавшие, интенсивность, локализацию, тип, факторы, усиливающие или уменьшающие боль, применявшиеся ранее средства лечения боли и их эффективность. Врач должен четко знать анамнез заболевания (стадию, распространенность процесса, ранее проводимое лечение и др.), особенности анамнеза жизни, которые могут повлиять на субъективное восприятие боли. Существенное значение имеет клинический осмотр и оценка физического, неврологического и психического статуса пациента.

Общее состояние пациента, как правило, оценивается по шкале ECOG. 0 — сохранена нормальная трудоспособность, 1 — возможна легкая работа в офисе, 2 — пациент проводит в постели менее 50% дневного времени, 3 — пациент проводит в постели более 50% дневного времени, 4 — пациент нуждается в интенсивном медикаментозном лечении для поддержания жизнедеятельности. Возможно использование для оценки состояния индекса Карновского.

Оценка интенсивности боли проводится наиболее просто и удобно для исследователя и пациента применением шкалы вербальных (словесных) оценок: 0 — боли нет, 1 — слабая, 2 — умеренная, 3 — сильная, 4 — самая сильная боль. Нередко применяют визуально-аналоговую шкалу, на которой пациент отмечает степень своих болевых ощущений от 0 до 100%. Эти шкалы позволяют количественно оценить динамику болевого синдрома в процессе лечения.

Оценка качества жизни пациента может быть достаточно объективно проведена по шкале физической активности: 1 — нормальная физическая активность, 2 — незначительно снижена (больной способен самостоятельно посещать врача), 3 — умеренно снижена (постельный режим менее 50% дневного времени), 4 — значительно снижена (постельный режим более 50% дневного времени), 5 — минимальная (полный постельный режим).

Оценка переносимости терапии боли включает определение выраженности побочных эффектов средств и методов лечения. Чаще всего приходится оценивать побочные эффекты по их характеру, выраженности и частоте развития. Выраженность побочных эффектов оценивается по шкале: 0 — отсутствует, 1 — слабая, 2 — умеренная, 3 — сильная. Частота тех или иных побочных эффектов определяется в процентах, что позволяет сравнить разные методы по их переносимости пациентами.

При оценке побочных эффектов медикаментов необходимо иметь в виду, что многие симптомы, сходные с

побочным действием лекарств, имеют место у больных с распространенными формами злокачественных новообразований до начала лечения анальгетиками и связаны с болезнью (плохой аппетит, тошнота, рвота, запоры и др.), что должно быть отмечено. Производится учет симптомов до начала и в процессе лечения. Проявлением побочного действия лекарств следует считать появление или усиление того или иного симптома с началом терапии. Некоторые патологические симптомы на фоне противоболевой терапии могут уменьшиться.

2.3. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Эффективная терапия хронической боли онкологического генеза — сложная задача, требующая применения комплексного подхода. У ряда онкологических больных, страдающих хронической болью, противоболевой эффект может достигаться специальным противоопухолевым лечением. В частности, при опухолях, чувствительных к химиотерапии, за счет этиотропного воздействия может быть достигнуто частичное или даже полное купирование болевого синдрома при лейкозах (периостальная инвазия), лимфомах (компрессия спинного мозга, парааортальная аденопатия, сдавление верхней полой вены), множественных миеломах (повышенное медуллярное давление), раке молочной железы (повышенное медуллярное давление) и т.д. Общеизвестно, что лучевая терапия является методом выбора при лечении болевого синдрома вследствие первичного или метастатического поражения оболочек головного мозга, черепных нервов и спинного мозга. Наружная лучевая терапия является эффективным методом облегчения боли в костях у 85% больных, при этом полное исчезновение боли отмечает почти половина пациентов. В случаях множественной локализации метастатических очагов

для лечения болевого синдрома, вызванного поражением костей, используется прицельная радиоизотопная терапия препаратами стронция-89 и самария-153.

Тем не менее следует признать, что значительную часть онкологических больных, страдающих хронической болью, составляют пациенты, у которых исчерпаны все возможности для специального лечения. В этой ситуации основой противоболевой терапии для всех возрастных групп является системная фармакотерапия, которая может быть эффективной более чем в 80% случаев. Лекарственные препараты, используемые для этих целей, делятся на три категории: неопиоидные анальгетики, опиоидные анальгетики и адъювантные препараты.



Рис. 1. Лестница лечения боли Всемирной организации здравоохранения (1986)

Согласно «анальгетической трехступенчатой лестнице» ВОЗ (рис. 1), при слабой боли назначаются неопиоидные анальгетики. При усилении боли до уровня умеренной назначают «слабые» опиоиды. Для лечения сильной боли применяются сильнодействующие опиоиды. На всех ступенях обезболивания анальгетики могут сочетаться с адьювантными средствами: противосудорожными, кортикостероидами, трициклическими антидепрессантами, транквилизаторами и др.

Принципы лекарственной терапии хронической боли следующие: 1) дозу анальгетика подбирают индивидуально в зависимости от интенсивности и характера болевого синдрома, добиваясь устранения или значительного облегчения боли; 2) анальгетики назначают строго «по часам», вводя очередную дозу препарата до прекращения действия предыдущей; 3) анальгетики применяют «по восходящей», то есть от максимальной дозы слабодействующего препарата к минимальной дозе сильнодействующего; 4) приоритет отдают неинвазивным формам лекарственных средств.

Одним из важнейших условий успешного лечения является индивидуальный подбор способа введения, дозы и схемы приема анальгетика в зависимости от типа боли и прочих характеристик. Традиционно широко распространены подкожное и внутримышечное введение анальгетиков, в первую очередь опиоидных. Такие инъекции имеют ряд существенных недостатков: болезненность, возможность инфильтрации мышцы и более короткое по сравнению с пероральным приемом действие. В связи с этим не следует длительно использовать данный метод, особенно у детей, которые иногда предпочитают терпеть боль, чем укол. Кроме того, повторные внутримышечные инъекции иногда вызывают асептические абсцессы и фиброз мышц и мягких тканей. При длительном лечении хронической боли

у онкологических больных предпочтительнее пероральный прием анальгетиков из-за его удобства, гибкости и неинвазивности. Современные таблетированные пролонгированные препараты наиболее полно удовлетворяют всем принципам лечения хронической боли. В последние годы широкое применение в мировой и отечественной практике нашли трансдермальные терапевтические системы (ТТС) опиоидных анальгетиков в виде пластырей, обеспечивающих непрерывное введение препарата через кожу в течение 72 ч. Для некоторых категорий пациентов сохраняет актуальность метод внутривенной **контролируемой пациентом анальгезии (КПА)**, который, несмотря на инвазивность, обладает рядом положительных качеств: эффективное обезболивание соответственно индивидуальным потребностям пациента, быстрое достижение желаемого эффекта малыми дозами, экономия времени медицинского персонала, снижение частоты развития побочных эффектов. Большое значение имеет психологический фактор, поскольку пациент уверен, что в любой момент самостоятельно может справиться с болью.

Оптимальная доза анальгетиков широко варьируется у разных пациентов. Во всех возрастных группах имеется большая разница в дозах препаратов, необходимых для облегчения боли. В частности, внутримышечное введение морфина у лиц старше 70 лет вызывает более длительную анальгезию в связи с замедленной элиминацией из плазмы. Пожилые, ослабленные пациенты, часто с болезнями ЦНС, должны с особым вниманием наблюдаться в процессе подбора дозы опиоида для предотвращения побочных реакций. Этим категориям больных следует снижать начальные дозы на 25-50%.

Прежде чем перейти к более мощному анальгетику, необходимо полностью исчерпать возможности предыдущего, увеличивая дозу до появления побочных явле-

ний, ограничивающих его применение. Некоторые пациенты по различным причинам лучше реагируют на один анальгетик, чем на другой того же класса. Следовательно, необходим индивидуальный подход при выборе обезболивающего препарата для достижения максимального эффекта при минимуме побочных явлений. После установления на основании ощущений пациента оптимальной дозы титрованием (назначение обычной стартовой дозы с увеличением или уменьшением ее согласно степени анальгезии и наличию побочных явлений) следует переходить к постоянной схеме. Как только определяется оптимальная суточная доза, анальгетик назначается в непрерывном режиме. Иногда, при «прорывах» боли, между регулярными введениями может потребоваться назначение дополнительной дозы анальгетика. Если лечение проводится в режиме только экстренного обезболивания, может потребоваться большее время и более высокие дозировки — образуется «порочный круг»: недостаточное обезболивание → усиление боли → передозировка и токсическое действие препарата. Особенно важно, чтобы такое «прерывистое» лечение не получали дети и пациенты с ограниченной возможностью коммуникации. Если боль возникает как редкие эпизоды в течение дня, пациенту можно регулярно предлагать стандартную дозу анальгетика, при необходимости уменьшая или увеличивая ее. Анальгетики эффективны только в том случае, если врач постоянно контролирует их терапевтическое и побочное действие и при необходимости проводит соответствующую коррекцию. Амбулаторные онкологические больные, например, для контроля уровня анальгезии должны ежедневно беседовать с подготовленным врачом или медсестрой. Это особенно важно при смене анальгетика или способа его введения, потому что оценка эффективности дозы зависит от индивидуальных особенностей пациента.

2.3.1. Лечение слабой боли. Лечение ноцицептивной боли

Препаратами выбора при лечении слабой боли являются неопиоидные анальгетики (табл. 1).

Таблица 1

Основные неопиоидные анальгетики, применяемые для лечения хронической боли у онкологических больных

Препарат	Разовая доза, мг	Высшая суточная доза, мг	Интервал приема (час)
Аспирин (ацетилсалициловая кислота)	500-1000	3000	4-6
Парацетамол (ацетаминофен)	500-1000	4000	4-6
Анальгин (метамизол натрия)	500-1000	3000	8-12
Флупертин (катадолон)	100	600	4-6
Неселективные ингибиторы ЦОГ			
Ибупрофен	200-600	1200	4-6
Напроксен	250-500	1250	8-12
Кетопрофен (кетонал)	25-75	300	6-8
Диклофенак натрия	25-75	150	8-12
Пироксикам	10-30	40	1-2
Индометацин	25-75	200	2-3
Кеторол (кеторолак)	10-30	120	3-4
Частично селективные ингибиторы ЦОГ			
Лорноксикам (ксефокам)	16	32	12
Мелоксикам (мовалис)	7,5	15	12
Селективные ингибиторы ЦОГ-2			
Целекоксиб	200	400	12

Аспирин (ацетилсалициловая кислота) — один из самых первых пероральных ненаркотических анальгетиков. В настоящее время используется редко из-за частых побочных эффектов со стороны ЖКТ (гастрит, язвы, кровотечения), встречающиеся при лечении терапевтическими дозами аспирина. Из-за риска осложнений (синдром Рея) аспирин не назначают детям до 12 лет. Существует два варианта аллергии на аспирин. У одних пациентов развивается респираторная реакция с ринитом, астмой и носовыми полипами («аспириновая триада»). У других аспирин вызывает крапивницу, волдыри, отек Квинке, гипотензию, шок и потерю сознания в течение нескольких минут после приема. У пациентов с гиперчувствительностью к аспирину может развиваться перекрестная аллергия на НПВС.

Парацетамол (ацетаминофен) является препаратом выбора при слабовыраженном болевом синдроме (без сопутствующих воспалительных изменений), а также у пациентов с патологией ЖКТ. Парацетамол подобен аспирину в его анальгезирующем и жаропонижающем действии, но не имеет антитромбоцитарных и противовоспалительного эффектов. Ацетаминофен не повреждает слизистую желудка и хорошо переносится в рекомендуемых дозах (до 4 г/сут). Однако следует знать, что острая передозировка может вызвать некроз печени. У пациентов с хроническим алкоголизмом и патологией печени, а также у длительно голодающих больных возможно тяжелое гепатотоксическое действие даже при обычных терапевтических дозах. Существует риск гепатотоксичности у пациентов, умеренно употребляющих алкоголь и получающих терапевтические дозы ацетаминофена, поэтому крайне важен сбор алкогольного анамнеза при назначении любых анальгетиков. При назначении ацетаминофена предупреждение формулируется так: «более двух эпизодов приема спиртных напитков в течение дня увеличивают риск повреждения печени». Назначение

ацетаминофена в сочетании с пероральными антикоагулянтами может стать причиной коагулопатии, поэтому следует регулярно контролировать коагулограмму.

Анальгин (метамизол натрия) также применяется при лечении болевого синдрома в суточной дозе до 3000 мг. При длительном приеме препарата возможно развитие миелотоксичности и нарушение функции почек.

Флупиртин (катадолон) — ненаркотический анальгетик центрального действия, относящийся к классу селективных активаторов нейрональных калиевых каналов (SNEPKO). Препарат может применяться для лечения слабой боли при непереносимости НПВС и/или при наличии миофасциальных болей (особенно в спине). Максимальная доза до 600 мг в сутки за 3 приема.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) являются одними из основных препаратов при лечении слабой боли. Их назначают как препараты первой линии или при недостаточной эффективности парацетамола. Механизм их действия заключается в периферическом блокировании фермента циклооксигеназы, предотвращающем образование простагландинов, повышающих чувствительность к болевым стимулам в периферических нервах и центральных чувствительных нейронах.

НПВС могут оказывать не только периферическое, но и центральное действие на уровне головного или спинного мозга. Выявлены два изофермента циклооксигеназы (ЦОГ): ЦОГ-1 и ЦОГ-2, которые выборочно блокируются НПВС. Изофермент ЦОГ-1 в норме присутствует в кровеносных сосудах, желудке и почках, а ЦОГ-2 вырабатывается в тканях при воспалении. Ингибирование ЦОГ-1 приводит к известным желудочным и почечным побочным эффектам, которые могут встречаться при использовании НПВС. Ингибирование ЦОГ-2 производит терапевтическое действие. Большинство НПВС блокирует обе

формы ЦОГ, таким образом вызывая помимо терапевтического и нежелательное побочное действие. При выборе конкретного препарата учитывают продолжительность его действия, удобство применения и побочные эффекты. Предпочтительнее неинвазивные способы введения препаратов (пероральные или ректальные). Для оценки анальгетической активности НПВС рекомендован недельный непрерывный прием в терапевтической дозе. Эти средства обладают «потолочным эффектом», т.е. увеличение дозы препарата выше определенного значения не вызывает усиления анальгетического эффекта, но сопровождается повышением риска развития побочных реакций. Все НПВС препятствуют агрегации тромбоцитов, блокируя простагландинсинтазу. В отличие от аспирина, который имеет необратимое действие на тромбоциты, они препятствуют агрегации тромбоцитов лишь до тех пор, пока сохраняется эффективная концентрация лекарственного средства в плазме крови. Гипокоагуляция, коагулопатия и тромбоцитопения — относительные противопоказания для использования НПВС. Помимо действия на тромбоциты НПВС могут взаимодействовать с пероральными антикоагулянтами, продлевая протромбиновое время и провоцируя кровотечения. Возможно также развитие агранулоцитоза из-за угнетения кроветворения. НПВС могут оказывать побочное действие на ЖКТ. Наибольшему риску подвергаются пациенты, получающие кортикостероиды; имеющие язвенный анамнез, астению или истощение и пожилой возраст. В начале лечения возможны небольшие диспептические расстройства. Серьезные осложнения, такие как образование язвы, кровотечение или перфорация, могут развиваться в любое время, при наличии предупреждающих симптомов или без них. В наименьшей степени желудочно-кишечные осложнения вызывает ибупрофен в дозе до 1,6 мг/сут. На втором месте по безопасности сто-

ит диклофенак. Аспирин, индометацин и напроксен занимают среднюю позицию. Самый высокий риск имеют кетопрофен и пироксикам. Высокие дозы ибупрофена сопоставимы по риску с такими же дозами напроксена и индометацина. Для снижения желудочно-кишечных осложнений желателен использовать препараты с минимальным риском для ЖКТ в самой низкой дозировке, достаточной для адекватной анальгезии, вводя их ректально. Употребление алкоголя должно быть исключено или резко ограничено. Терапия НПВС может также приводить к малым и большим осложнениям со стороны толстого кишечника, таким как кровотечение, перфорация, обструкция, острый колит и обострение хронических болезней толстой кишки. Частичную защиту против желудочных и дуоденальных язв может обеспечить дополнительное назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) пантопразола (санпраз, нольпаза). Санпраз показан для профилактики индуцированных язв у пациентов с высоким риском (например, пожилых, с сопутствующим астенизирующим заболеванием или язвенным анамнезом). Рекомендуемая дозировка 40 мг 1 раз в день, за 30 минут до еды утром. Чтобы избежать язвенного повреждения пищевода, рекомендуется не принимать таблетки лежа и обязательно запивать их жидкостью. Необходимо указать на особенности применения кеторола: высокоэффективный анальгетический препарат вызывает серьезные побочные осложнения и не применяется на постоянной основе более 5 дней, но может с успехом использоваться периодически для купирования приступов боли.

НПВС и аспирин могут вызывать токсическое повреждение печени (медикаментозный гепатит), обычно проявляющийся повышением печеночных ферментов (АСТ, АЛТ, ЩФ, ЛДГ, ГГТ). Редко встречается желтуха. Заболевания или нарушения функции печени — относи-

тельные противопоказания к использованию НПВС. Рекомендуется при лечении хронической боли периодически контролировать печеночные ферменты, билирубин. Профилактическое назначение гепатопротекторов позволяет уменьшить риски поражения печени и, как правило, улучшает общее самочувствие пациентов. Рекомендовано назначение гептрала 400 мг 2 раза в день через 1-2 часа после еды 1 месяц и/или урсодезоксихолевой кислоты (урсосан 250 мг в капсуле, ливодекса 300 мг в таб.) во время еды в дозе 10 мг/кг в сутки, разделенных на 3 приема (до 3 месяцев).

Механизмы воздействия НПВС на функцию почек включают уменьшение синтеза почечных сосудорасширяющих простагландинов, развитие интерстициального нефрита, нарушение секреции ренина и повышение тубулярной реабсорбции воды и натрия. Факторами риска для НПВС-индуцированной острой почечной недостаточности являются декомпенсированный порок сердца, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени с асцитом, системная красная волчанка, нарушения гемодинамики, прием диуретиков, тяжелый атеросклероз у пожилых пациентов и миеломная болезнь. Может развиваться олигурия вследствие задержки натрия и воды, которая обычно быстро полностью исчезает после отмены НПВС. В редких случаях они могут вызывать аллергический интерстициальный нефрит с нефротическим синдромом, проявляющимся отеками, протеинурией и гипоальбуминемией, с почечной недостаточностью или без нее; при этом обычно не бывает сопутствующей лихорадки, высыпаний или эозинофилии. Этот синдром также обычно исчезает после отмены НПВС. Кроме того, НПВС могут затрагивать тубулярную функцию, приводя к гиперкалиемии, а также усиливать эффект антидиуретического гормона, приводя к снижению экскреции воды и гипонатриемии.

Перспективным представляется изучение возможности внедрения в практику лечения боли у онкологических больных селективных ингибиторов ЦОГ-2 (коксибов), в частности целекоксиба, поскольку у препаратов этой группы значительно меньше нежелательных побочных эффектов. При усилении болей на фоне максимальной суточной дозы возможна попытка назначения другого НПВС и/или добавка адъювантных препаратов в различных комбинациях.

2.3.2. Лечение умеренной боли

Для лечения умеренно выраженной хронической боли, не купирующейся неопиоидными анальгетиками, назначаются слабые опиоиды. Механизм действия всех опиоидных анальгетиков обусловлен их способностью связываться со специфическими μ - (мю), κ - (каппа) и δ - (дельта) опиатными рецепторами в задних рогах спинного мозга, центральных областях промежуточного, среднего мозга и других отделов ЦНС, блокируя проведение нервных импульсов. Уменьшается возбудимость болевого центра, снимается негативная эмоциональная окраска боли. При соединении с опиатными рецепторами на поверхности мембран происходит гиперполяризация, торможение аденилатциклазы, блокируется поступление в клетку ионов кальция. Вследствие этого происходит задержка выброса в пресинаптическую щель медиаторов боли. В нейронах угнетается захват серотонина, кининов. Высокая концентрация опиоидных рецепторов имеется в поверхностных слоях задних рогов спинного мозга. Опиоиды легко проникают туда из окружающей спинномозговой жидкости, что обуславливает их терапевтическое применение методом интратекального и эпидурального введения. К слабым опиоидам относятся кодеин, дигидрокодеин и трамадол (табл. 2).

Таблица 2

**Характеристика слабых опиоидов
для перорального приема**

Препарат	Форма выпуска	Продолжительность действия, час	Начальная доза, мг	Максимальная суточная доза, мг
Дигидро- кодеин, кодеин	Таблетки с контролируемым пролонгированным высвобождением активного вещества 60, 90 и 120 мг	12	60-120	240
	Капсулы 50 мг, капли 100 мг/мл, таблетки с контролируемым пролонгированным высвобождением активного вещества 100, 150 и 200 мг Суппозитории 100 мг Ампулы 100 мг	4-6 12	50-100 100	400 400
Трамадол		4-6 4-6	100 50-100	400 400

Дигидрокодеин — полусинтетический опиоидный анальгетик. Примерно 10% препарата при метаболизме превращается в морфин, что и обуславливает его обезболивающий эффект, а также наркотическое и прочее побочное действие.

Трамадол — опиоидный анальгетик, относится к группе частичных агонистов опиоидных рецепторов. Часто применяется вместе с парацетамолом. Обладает сильной анальгезирующей активностью, дает быстрый и длительный эффект, наступающий через 15-30 минут и продолжающийся до 6 часов. Доступна пролонгированная форма — трамундин, действие таблеток до 12 часов. Синтезированный в 1962 году, быстро стал самым выписываемым анальгетиком центрального действия. Его основное побочное действие — нарушения ЦНС в виде головокружения, заторможенности, головной боли, слабости, сонливости, спутанности сознания, диспноэ или парадоксальной стимуляции (нервозности, эйфории, тремора, галлюцинаций). При назначении вместе с нейролептиками возможны приступы судорог церебрального генеза. Передозировка проявляется миозом, рвотой, коллапсом, судорогами, апноэ.

Слабые опиоиды имеют верхний предел обезболивающего эффекта. Примерно через 1-2 месяца к ним развивается привыкание. Усилить их анальгезирующий эффект и продлить время эффективного периода действия можно при сочетании с парацетамолом, НПВС и/или адьювантными препаратами.

2.3.3. Лечение сильной боли

Препаратами выбора при лечении сильной боли являются сильные опиоиды. Для большинства из них характерно отсутствие верхнего предела «потолка» анальгетического эффекта. Их доза определяется приемлемым уровнем обезболивания и ограничивается побочными явлениями. На чувствительность к опиоидам влияют некоторые факторы: характер боли (соматогенная или нейропатическая, более

рефрактерная к опиоидам), индивидуальная толерантность или идиосинкразия, быстрое прогрессирование опухоли. Увеличение дозы данных препаратов должно происходить постепенно, с учетом развития побочных эффектов и возможностями их адекватной коррекции.

К сильнодействующим опиоидам, зарегистрированным в нашей стране, относятся промедол, просидол, бупренорфин, омнопон, морфин и фентанил.

Промедол (тримеперидин) является синтетическим опиоидным агонистом. Выпускается в таблетках по 0,025 г (высшая суточная доза 200 мг) и ампулах по 1 мл 1% и 2% раствора (высшая суточная доза 160 мг). При парентальном применении болеутоляющий эффект более выражен. При длительном применении тримеперидина в крови может накапливаться нейротоксичный метаболит нормеперидин, в особенности у пациентов с нарушенной почечной функцией, поэтому промедол нельзя применять для длительного лечения хронической боли.

Просидол — синтетический опиоидный агонист, анальгетическое действие которого проявляется как при парентеральном, так и при энтеральном введении. Просидол хорошо всасывается через слизистую оболочку ротовой полости. Выпускается в буккальных таблетках по 0,01 и 0,02 г, ампулах по 1 мл 1% раствора (высшая суточная доза 250 мг). Его достоинства заключаются в наличии буккальной таблетированной формы, минимальных побочных свойствах и хорошей переносимости тяжелобольными. При лечении хронической боли просидол действует в течение 3-5 ч, поэтому число приемов может достигать 5-8 в сутки. Просидол следует рассматривать как промежуточный анальгетик между 2-й и 3-й ступенями «обезболивающей лестницы».

Омнопон — содержит около 50% морфина и около 35% других алкалоидов опия (кодеин, наркотин, папаверин, тебаин). По силе действия примерно в 1,5-1,8 раза слабее

морфина. Выпускается в ампулах по 1 мл 1% и 2% раствора (высшая суточная доза 160 мг). Не рекомендуется для лечения хронической боли вследствие инвазивного пути введения и высокого риска нежелательных побочных эффектов и осложнений.

Бупренорфин — полусинтетический дериват алкалоида тебаина, частичный μ -агонист и частичный κ -антагонист. Бупренорфин отличается более высоким, чем у морфина, анальгетическим потенциалом (30:1) и более продолжительным анальгетическим эффектом (6-8 ч). Для бупренорфина характерен так называемый «потолочный» эффект: увеличение дозы свыше 3,6 мг/сут не сопровождается усилением анальгезии, что считается основным недостатком бупренорфина при лечении хронической боли. Формы выпуска бупренорфина — таблетки по 0,2 мг и ампулы, содержащие 0,3 мг в 1 мл раствора для инъекций. Режим дозирования: сублингвально 0,2-0,4 мг или внутримышечно 0,3-0,6 мг каждые 6-8 часов. Существует трансдермальная терапевтическая система бупренорфина, обеспечивающая высвобождение 35; 52,5 и 70 мкг активного вещества в час в течение 72 ч.

Морфин является классическим представителем опиоидных анальгетиков-агонистов μ -рецепторов. Морфин быстро всасывается как при приеме внутрь, так и при подкожном введении. Действие развивается через 10-15 мин при подкожном введении и через 20-30 мин после перорального введения. Действие однократной дозы инъекции продолжается 4-5 ч. Форма выпуска: ампулы по 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида (высшая суточная доза 120 мг). Также выпускается и таблетированная лекарственная форма морфина сульфата с контролируемым пролонгированным высвобождением активного вещества (MST Continus) в дозе 10, 30, 60 и 100 мг, с продолжительностью анальгетического эффекта до 12 ч, которая считается оптимальной для перорального неинвазивного лечения сильной боли.

Трансдермальная терапевтическая система с фентанилом — опиоидным анальгетиком, агонистом преимущественно μ -опиатных рецепторов ЦНС, спинного мозга и периферических тканей. Основными терапевтическими эффектами фентанила являются обезболивающий и седативный. ТТС с фентанилом наклеиваются на кожу в виде пластыря и обеспечивают постоянное системное высвобождение анальгетика в течение 72 часов. Для фентанила разработаны модификации пластыря различной силы действия, зависящей от площади ТТС и высвобождающие в системный кровоток соответственно 12,5; 25; 50; 75 и 100 мкг фентанила в час, что составляет приблизительно 0,6; 1,2; 1,8 и 2,4 мг в сутки. Остальные компоненты системы не обладают фармакологической активностью. Доза фентанила подбирается индивидуально в зависимости от состояния пациента и должна регулярно оцениваться. После аппликации ТТС концентрация фентанила в сыворотке постепенно увеличивается в течение первых 12-24 часов и остается относительно постоянной в течение оставшегося периода времени (общее время воздействия — 72 часа). Начальная оценка максимального обезболивающего эффекта производится не ранее чем через 24 часа после аппликации ТТС с фентанилом. Во время периода титрования дозы фентанила необходимо в первые 12-16 часов после аппликации ТТС продолжать введение ранее использовавшегося опиоида через каждые 3-4 часа в дозе, составляющей 10-15% от прежней суточной потребности. Равновесная концентрация препарата в сыворотке поддерживается с помощью последующих аппликаций ТТС того же размера. Если после аппликации начальной дозы адекватное обезболивание не достигнуто, то через 72 часа доза увеличивается на 25 мкг/ч. Для достижения дозы свыше 100 мкг/ч могут использоваться несколько ТТС. После удаления ТТС содержание фентанила в сыворотке постепенно уменьшается, при этом

50% снижение концентрации происходит в течение приблизительно 13-22 (в среднем 17) часов, что объясняется продолжающейся абсорбцией фентанила из подкожного депо. У пожилых, истощенных или ослабленных больных может снижаться клиренс фентанила, что приводит к удлинению периода полувыведения препарата. Метаболизм фентанила происходит преимущественно в печени. Около 75% фентанила выделяется с мочой, в основном в виде метаболитов, при этом менее 10% препарата выводится в неизменном виде. Около 9% препарата выделяется с калом, преимущественно в виде метаболитов. Средние значения содержания несвязанных фракций фентанила в плазме составляют 13-21%. ТТС с фентанилом противопоказана при гиперчувствительности к фентанилу или к адгезивным веществам, входящим в состав системы. ТТС следует наклеивать на абсолютно сухую плоскую поверхность нераздраженной и необлученной кожи верхней половины туловища или верхних отделов рук. Для аппликации рекомендуется выбрать место с минимальным волосатым покровом. При необходимости волосы на месте аппликации следует состричь (не сбривать!). Если есть необходимость, место аппликации можно вымыть чистой водой без использования мыла, лосьона или других средств, так как они могут вызвать раздражение кожи или изменить ее свойства. ТТС с фентанилом наклеивают, плотно прижав ладонью на несколько секунд. Новая система может быть наклеена на другой участок кожи после удаления предыдущей. На один и тот же участок кожи ТТС может быть наклеена с интервалом в несколько дней.

Помимо ТТС с фентанилом применяются ТТС с бупренорфином, имеющими свои особенности, в частности «потолочный» предел анальгетического эффекта. Его применение не рекомендовано у пациентов, получающих ранее более 120 мг перорального морфина.

Основными показаниями к назначению трансдермальных терапевтических систем являются: проблемы с пероральным приемом опиоидов (тошнота и рвота), высокий риск кишечной непроходимости, нарушения абсорбции (из-за наличия фистулы, резецированной кишки, энтероколита с тяжелой диареей), хроническая почечная недостаточность, а также уменьшение психологической нагрузки на пациентов, связанной с приемом большого количества таблетированных препаратов. Эта лекарственная форма проста и удобна в применении. Присущие всем опиоидам побочные эффекты — склонность к запорам и тошнота — при применении ТТС встречаются реже и менее выражены, чем у остальных препаратов этого ряда. Считается, что констипация при приеме наркотических анальгетиков обусловлена их непосредственным взаимодействием с опиоидными рецепторами кишечника. Поэтому для профилактики запоров предпочтительнее трансдермальный путь введения, который минует ЖКТ.

Парентеральное введение опиоидов позволяет добиться быстрого анальгетического эффекта и может использоваться для титрования эффективной дозы опиоидного анальгетика. Препаратом выбора для парентерального введения является морфин. В некоторых случаях предпочтение может отдаваться контролируемому пациентом внутривенному или подкожному введению препарата. Промедол и омнопон не рекомендуются для длительного применения.

Одним из основных принципов назначения опиоидов является применение «по часам». В то же время может возникнуть необходимость введения дополнительных доз препаратов короткого действия при «прорывах боли» на фоне адекватной базовой терапии. При необходимости регулярного введения 4-6 таких доз в сутки следует увеличить суточную дозу базовой опиоидной терапии на 30-50%.

Таблица 3
Эквивалентные дозы опиоидов, применяемые для лечения хронической боли онкологического генеза

Препарат	Путь введения	Время действия	Доза, мг/сут												
Трамадол	ПО, ВМ, Р	6	400	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Трамадол ретард	ПО	12	400	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Промедол	ВМ, ПК	2-4	120-160	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Просидол	СЛ, ВМ	3-4	120-160	161-250	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Оmnopон	ПК, ВМ	4	60	61-100	101-160	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бупренорфин	СЛ, ВМ	6	1,6	1,7-2,6	2,7-3,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Морфина гидрохлорид	ПК, ВМ	4-5	40	41-70	71-100	101-120	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Морфина сульфат	ПО	12	До 120	121-210	211-300	301-360	361-420	421-480	481-540	541-600	-	-	-	-	-
ТТС фентанила	ТД мкг/ч	72	25	50	75	100	125	150	175	200	-	-	-	-	-

ПО – перорально, СЛ – сублингвально, ПК – подкожно, ВМ – внутримышечно, Р – ректально, ТД – трансдермально

Достаточно часто проводят ротацию опиоидов, это возможно между всеми чистыми агонистами опиоидных рецепторов с учетом эквивалентных доз (табл. 3). Основным показанием к ротации является возникновение резистентных к лечению побочных эффектов при достижении адекватного уровня анальгезии. Другим показанием является возникновение резистентности к опиоиду, которая проявляется отсутствием анальгетического эффекта, несмотря на увеличение дозы. (Адаптировано по источникам: Лечение хронической боли онкологического генеза/ Под ред. проф. Г.А. Новикова и проф. Н.А. Осиповой, 2005; Eigel B.A., Foley K.M. Opioid analgesics. Chapter 8. In Current Neurological Drugs, ed. L. Rowland, et al. Philadelphia: Current Medicine, 2000; Neal J. Weinreb, Barry M. Kinzbrunner, and Micael Clarck. Pain management. Chapter 6. In 20 Common Problems In End-Of-Life Care, ed. B.M. Kinzbrunner, et al. McGraw-Hill, Medical Publishing Division, 2002.)

2.4. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ОПИОИДНОЙ ТЕРАПИИ

В эффективных терапевтических дозах опиоидные анальгетики могут вызывать ряд значимых побочных явлений, влияющих на качество жизни онкологических больных. К ним относятся седация, снижение физической активности, тошнота, рвота, запоры, задержка мочеиспускания и др. Для коррекции этих нежелательных явлений необходимо проводить:

- 1) активную профилактику;
- 2) изменение режима дозирования и/или способа введения для достижения относительно постоянной концентрации в крови, так как пиковые уровни чаще вызывают побочные эффекты;
- 3) применение лекарственных средств, устраняющих побочные эффекты;

4) ротацию опиоида;

5) использование способа введения, который сводит к минимуму концентрацию опиоида в зоне, ответственной за возможное развитие побочного эффекта.

Запоры. Являются наиболее частым побочным эффектом при длительном приеме опиоидов. Активная профилактика развития запоров включает в себя увеличение потребления жидкости и употребление пищи, богатой клетчаткой. Лекарственная профилактика заключается в назначении слабительных препаратов сенны в сочетании с размягчителями стула (докузат натрия). Цель терапии заключается в достижении дефекации не реже 1 раза в 2 дня. При отсутствии эффекта от стимулирующих слабительных в максимальных терапевтических дозах показаны осмотические (лактолоза) и/или солевые слабительные (магнезия). Возможны очистительные клизмы. При резистентных запорах целесообразен перевод пациента на ТТС фентанила.

Тошнота и рвота. Развиваются у 25% больных, получающих опиоиды. Средства коррекции подбираются индивидуально, в зависимости от сопутствующих заболеваний и предполагаемого лекарственного взаимодействия. Применяют антигистаминные препараты (дифенгидрамин или димедрол, супрастин, цетрин, кларитин), нейролептики (галоперидол, прометазин), метоклопрамид, антагонисты серотониновых рецепторов (ондансетрон), кортикостероиды. Возможна комбинация препаратов. Пути введения зависят от фактора наличия рвоты.

Побочные эффекты со стороны ЦНС. Седация и снижение когнитивных способностей являются наиболее частыми побочными эффектами со стороны ЦНС. Значимый седативный эффект наблюдается примерно у половины больных. Для его уменьшения применяют психостимуляторы (кофеин и др.). Когнитивная дисфункция чаще отме-

чается в пожилом возрасте. Она усиливается при развитии инфекционных осложнений, дегидратации, метаболических нарушениях и прогрессировании опухоли. Для коррекции применяют антипсихотические средства. Препаратами выбора для лечения делирия являются галоперидол и хлорпромазин. Бензодиазепины могут усилить седацию и усугубить когнитивные расстройства.

2.4.1. Передозировка опиоидов и риск угнетения дыхания

Угнетение дыхания редко наблюдается у пациентов, длительно получающих опиоиды, но когда боль купирована, пациент может глубоко заснуть, что значительно повышает риск гиповентиляции из-за обструкции дыхательных путей при западении языка. В таких ситуациях достаточно бывает разбудить пациента, чтобы ликвидировать эту угрозу. Передозировка опиоидов проявляется нарастающей седацией и увеличением продолжительности респираторных пауз. Для купирования угрожающего угнетения дыхания, вызванного передозировкой наркотического анальгетика (ЧД 8 и менее в 1 минуту), проводится следующее: прекращается введение опиоида, пациенту дают кислород и используют стимуляторы ЦНС (кордиамин). Назначают антагонист опиоидных рецепторов **налоксон**. Его применяют в стандартном разведении: 0,4 мг в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5% глюкозе (по 0,5 мл в/в каждые 2 минуты) до достижения частоты дыхания до 10 в минуту. Доза должна тщательно титроваться во избежание развития тяжелого синдрома отмены с судорогами и сильной болью. Для детей и пациентов с массой тела меньше 40 кг налоксон разводится в дозе 0,1 мг. Необоснованное назначение налоксона онкологическим больным с нарушениями сознания, не связанными с передозировкой опиоидов, приводит к ухудшению состояния и рецидиву боли.

2.5. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПРИМЕНЕНИИ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Опиоидные анальгетики сохраняют свое лидирующее положение при лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных. Своевременное и правильное назначение опиоидов является неотъемлемым условием облегчения или устранения боли у онкологических больных, хотя в настоящее время доказательная база для научно-обоснованной практики такого применения остается по-прежнему недостаточной. В частности, до настоящего времени нет убедительных данных о наличии каких-либо преимуществ при применении морфина, оксикодона или гидроморфона для перорального приема, любой из них может быть выбран в качестве препарата первого ряда. Кроме того, к препаратам первого ряда не отнесены трансдермальные формы опиоидов, в то же время в ряде рекомендаций, посвященных применению данных лекарственных форм, написано, что «трансдермальные формы фентанила и бупренорфина являются альтернативой пероральным опиоидам».

Особый интерес в последние годы вызывают неблагоприятные эффекты, связанные с применением опиоидов по медицинским показаниям. Помимо таких общеизвестных проблем, как запоры, билиарная дискинезия, когнитивные нарушения, получены данные, что опиоидные анальгетики могут способствовать развитию сонного апноэ, эндокринных нарушений и сексуальной дисфункции, иммуносупрессии, а также опиоид-индуцированной гипералгезии. Наиболее серьезной проблемой является потенциальный риск неправильного применения препаратов и развития наркозависимости. В этой связи предпринимаются серьезные попытки уменьшения нежелательных побочных эффектов опиоидов и снижения рисков при их применении.

С этой целью создаются новые препараты с улучшенным профилем безопасности, новые лекарственные формы или комбинированные препараты, препятствующие применению опиоидов не по показаниям, а также применение препаратов, блокирующих периферические опиатные рецепторы ЖКТ.

Одним из новых опиоидных анальгетиков является тапентадол (Палексия), обладающий активностью агониста в отношении опиоидных m -рецепторов и одновременно ингибирующий обратный захват норадреналина. Препарат выпускается как в лекарственной форме с быстрым, так и с пролонгированным высвобождением активного вещества в диапазоне дозировок от 25 мг до 250 мг. При применении у пациентов с острой и хронической болью тапентадол продемонстрировал сходную с морфином и оксикодоном анальгетическую активность при лучшей переносимости со стороны желудочно-кишечного тракта. У онкологических пациентов тапентадол не уступал по эффективности оксикодону, при этом частота побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта была достоверно ниже (55,4% и 67,4% соответственно).

За последнее время за рубежом появились несколько комбинированных лекарственных препаратов, содержащих сильный опиоид и антагонист опиоидных рецепторов. Одним из первых был зарегистрирован препарат Эмбеда, содержащий морфина сульфат в дозах от 20 до 100 мг в комбинации с налтрексоном в дозах от 0,8 до 4 мг соответственно. Особенностью лекарственной формы препарата является то, что она представляет собой энтерорастворимую депо-таблетку, внутреннее ядро которой составляет налтрексон. При правильном приеме таблетки (внутри целиком без нарушения ее целостности) происходит всасывание морфина сульфата и развитие анальгетического эффекта, при этом налтрексон не всасывается и не оказывает никакого фар-

макологического эффекта. При попытке разрушить таблетку налтрексон высвобождается из «ядра», попадает в организм пациента и оказывает антагонистическое действие в отношении эффектов морфина за счет блокады опиатных рецепторов. Это повышает безопасность применения препарата и уменьшает риски его несанкционированного использования в различных целях, в том числе с целью усиления психотропного эффекта морфина сульфата.

Другой комбинированный препарат Таргиник содержит комбинацию оксикодона и налоксона. Включение налоксона основано на его фармакокинетических особенностях: препарат не всасывается из желудочно-кишечного тракта и имеет низкую системную биодоступность (<3% при энтеральном и сублингвальном введении). В связи с этим при пероральном пути введения препарата блокирующий эффект налоксона на μ -опиатные рецепторы не развивается, зато может эффективно блокировать эффекты опиатов в отношении периферических μ -опиатных рецепторов в кишечнике, уменьшая риск развития запора. При попытке введения разрушенных элементов таблетки парентерально налоксон, попадая в системный кровоток, блокирует психотропный эффект опиоида и может вызвать синдром отмены.

Помимо комбинированных препаратов для снижения риска зависимости активно разрабатываются технологии создания новых лекарственных форм, препятствующих злоупотреблению опиоидами или их нецелевому применению. В частности, предполагается создание лекарственных форм, которые в размельченном виде вызывают раздражение слизистой оболочки носа (что препятствует вдыханию через нос), или при смешивании с жидкостями с целью получения раствора для парентерального введения превращаются в густой гель (что препятствует инъекции). Есть разработки, основанные на том, что лекарственная форма

препарата представляет собой «пролекарство», для активации которого и высвобождения действующего вещества необходимы определенные биологические условия (например, для активации действующего вещества при пероральном приеме необходимо воздействие трипсина). Для профилактики и лечения опиоид-зависимой констипации в последние годы активно изучаются препараты из нового класса, блокирующие эффекты опиоидов на уровне периферических (энтеральных) m -рецепторов.

Таким образом, в последние годы основным условием противоболевой терапии опиоидами становится повышение безопасности для пациентов при сохранении высокой эффективности лечения. В перспективе внедрение новых лекарственных технологий должно обеспечить эти требования и будет способствовать повышению доступности опиоидных анальгетиков для нуждающихся в них пациентов.

2.6. ТОЛЕРАНТНОСТЬ И ЗАВИСИМОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ

Толерантность — это устойчивость, или привыкание. Под толерантностью к опиоидам понимается ослабление анальгетического эффекта при применении стабильных доз препарата или же необходимость увеличения дозы для поддержания эффекта. Толерантность может наступить у пациентов всех возрастных групп, длительно получающих опиоидные анальгетики. Первым признаком развития толерантности является уменьшение продолжительности и качества анальгезии. Для снижения прогрессирования толерантности и обеспечения эффективного обезболивания у толерантного пациента можно проводить интенсивную терапию побочных реакций с целью повышения дозы опиоида; комбинировать опиоидные анальгетики с неопиоидными и/или адьювантными препаратами (в том числе

с блокаторами кальциевых рецепторов, повышающих анальгетический эффект опиоидов; провести замену (ротацию) одного опиоида на другой, используя 2/3 эквивалентной дозы в качестве стартовой, так как среди опиоидов возможна неполная перекрестная толерантность.

Физическая зависимость может проявиться у пациентов, длительно получающих опиоиды, при резкой отмене опиоида или быстром снижении дозы или назначении опиоидного антагониста. Синдром отмены, или абстиненция, выражается в беспокойстве и раздражительности, чередующихся с приступообразными ощущениями жара, гиперсаливацией, слезотечением, ринореей, потоотделением, лихорадкой, тошнотой, рвотой, метеоризмом и бессонницей. Длительность и тяжесть абстинентного синдрома зависят от периода полураспада опиоида. Для опиоидов с коротким периодом полураспада характерно начало синдрома через 6-12 ч с максимумом через 24-72 ч. Синдрома отмены можно избежать постепенным снижением дозы опиоида: в течение первых двух дней давать половину предыдущей суточной дозы в 4 приема с интервалами в 6 часов, уменьшая дозу на 25% каждые следующие 2 дня. Этому графика следует придерживаться до достижения общей суточной дозы, эквивалентной 30 мг перорального морфина для взрослых или 0,6 мг/кг в сутки для детей. После двух дней приема в минимальной дозе анальгетик может быть отменен. Абстиненции также можно избежать, применяя пролонгированные формы опиоидов в режиме снижения дозы. Беспокойство, тахикардия, потоотделение и другие длительно сохраняющиеся вегетативные симптомы можно уменьшить назначением клонидина (клофелина).

Психологическая зависимость (патологическое пристрастие или наркомания) характеризуется развитием постоянной потребности в использовании опиоидов не по медицинским показаниям. Пациент становится карди-

нально зависимым от наличия и использования препарата и демонстрирует характерное поведение. В медицинской практике это может проявляться в нарушении графика посещений клиники с внеурочными требованиями дополнительных рецептов, их кражей, подделкой или выпрашиванием у разных врачей, кражей опиоидов у других пациентов или членов семьи, продажей и покупкой наркотиков на улице, а также использованием прописанных препаратов необычными способами (например, внутривенное введение растворов из пилюль, таблеток, и капсул) и т.п. Обвинение в наркомании чревато отрицательными последствиями и может быть предъявлено только при неопровержимых доказательствах. Необходимо разъяснять это пациентам и членам их семей и доводить до их сведения, что толерантность и физическая зависимость — не эквивалент наркомании. Хотя у большинства больных, получающих опиоиды несколько раз в день более одного месяца, развивается некоторая степень толерантности и физической зависимости, доказано, что при наличии хронической онкологической боли риск ятрогенной наркомании ничтожен, поэтому опасение развития пристрастия к опиоидам не должно препятствовать их назначению для лечения. Пациенты, получающие опиоиды в недостаточных дозах (слишком низких или с большими интервалами), могут демонстрировать поведение, похожее на психологическую зависимость, так называемую ятрогенную псевдозависимость. Такие пациенты для получения адекватной дозы анальгетика стараются, что вполне естественно, обратить внимание на свою боль и ведут себя демонстративно или пытаются манипулировать медицинским персоналом. Особенно часто рискуют получить ярлык «наркомана» молодые пациенты и подростки. Обычно эти проблемы удается решить, если дозы анальгетика гарантируют адекватное уменьшение боли и улучшают качество жизни пациента. Бывает полезно систематически

проводить с пациентом оценку некоторых функций, например, кашля, глубокого дыхания или ходьбы. Обычно это помогает продемонстрировать обоснованность назначения соответствующей дозы опиоида и разрушает атмосферу взаимного недоверия.

Истинная наркотическая зависимость развивается редко и является крайне нежелательным побочным явлением. Она не является прогнозируемой. Обычно она развивается у биологически и психологически склонных к ней пациентов, некоторые из них могли и ранее употреблять наркотические препараты. Предотвратить ее развитие можно только путем грамотного проведения анальгетической терапии. При выявлении наркотической зависимости дальнейшее лечение необходимо согласовывать с наркологом.

2.7. АДЬЮВАНТНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

Под адьювантными лекарственными средствами понимают гетерогенную группу препаратов, применяющихся по своим основным показаниям не для лечения болевого синдрома, но обладающих анальгетическими свойствами при некоторых состояниях или усиливающих противоболевое действие анальгетиков.

Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин) часто используются для лечения соматогенной и нейропатической боли. Они имеют относительные противопоказания у пациентов с ИБС и риском желудочковых аритмий. Они обладают холинолитическим эффектом (сухость во рту, задержка мочи (опасность у больных с аденомой простаты), запоры, галлюцинации). Часто отмечается седативный эффект и ортостатическая гипотензия, которые могут ограничивать одновременное использование с наркотическими анальгетиками. Для исключения нарушений

ритма необходим контроль ЭКГ, особенно у пациентов, получающих противоопухолевые препараты антрациклинового ряда. Назначение всей дозы на ночь нормализует сон и уменьшает побочные эффекты днем, но пациента нужно предостеречь относительно возможности ортостатической гипотензии в ночное время. Чаще всего используют amitriptilin. Его анальгетический эффект проявляется в низких дозах (25-150 мг/сут). Рекомендуется начинать с 10-25 мг для пациентов с массой тела более 50 кг, и 0,3 мг/кг у пациентов с массой тела менее 40 кг. Доза медленно увеличивается до достижения желаемого эффекта (максимально 150 мг у взрослых и 3 мг/кг у детей).

Антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, кларитин) помимо десенсебилизирующего оказывают анальгезирующее, противорвотное и умеренно успокаивающее действие. Обычная доза 10-20 мг перорально или в/м каждые 4-6 ч (0,5-1 мг/кг для детей).

Бензодиазепины (сибазон, диазепам, реланиум) эффективны для лечения внезапной тревоги и мышечных судорог, сопутствующих острой и сильной боли. Они показаны некоторым онкологическим больным, имеющим противопоказания к приему антидепрессантов, а также для лечения терминальной одышки. За исключением боли, связанной с мышечными судорогами, эти средства не являются эффективными анальгетиками, а их успокаивающее действие и способность угнетения дыхания усиливаются при совместном применении с опиоидами. Поэтому у тревожных пациентов с болью подбор дозы опиоида должен предшествовать лечению бензодиазепинами.

Кофеин применяется в разовой дозе от 50 до 100 мг. Он обладает психостимулирующим эффектом, а также усиливает анальгетический эффект НПВС. Суточная доза кофеина 100-200 мг/день обычно хорошо переносится большинством пациентов. Разовые дозы 1,0-1,5 мг/кг

могут использоваться у детей с хронической онкологической болью.

Кортикостероиды оказывают специфическое и неспецифическое действие при лечении хронической онкологической боли. Они могут непосредственно лизировать некоторые опухоли (например, злокачественную лимфому) и купировать боль, уменьшая отек в области сдавления опухолью мягких тканей, нервов или спинного мозга. Кортикостероиды всегда назначаются в качестве экстренной терапии при компрессии опухолью спинного мозга (дексаметазон 16-96 мг/сут или его эквивалент). Лечение кортикостероидами (дексаметазон 16 мг/сут или его эквивалент) может быть эффективно при боли, вызванной поражением плечевого или пояснично-крестцового сплетений у онкологических больных при отсутствии эффекта от больших доз опиоидов. У онкологических больных в терминальной стадии болезни кортикостероиды могут повышать настроение и аппетит, уменьшая при этом связанную с опухолью боль; побочные эффекты не должны беспокоить врача в этой ситуации. Длительное использование стероидов вызывает увеличение массы тела, синдром Кушинга, проксимальную миопатию и психозы (редко), повышает риск кровотечения из ЖКТ, особенно при комбинации с НПВС. Синдром отмены кортикостероидов может усиливать боль.

Антиконвульсанты (габапентин, прегабалин, карбамазепин, баклофен) могут снимать приступы острой боли при таких периферических неврологических синдромах, как тройничная, постгерпетическая, языкоглоточная невралгия и т.п., возникающих на фоне поражения нерва опухолью или последствий специального противоопухолевого лечения. Наиболее эффективными и безопасными являются препараты последнего поколения — габапентин и прегабалин. Эти препараты хорошо сочетаются с опиатами,

не имеют гепатотоксичного действия. Их доза уменьшается у пожилых больных и при нарушении функции почек.

Габапентин (нейронтин, тебантин и др.) выпускается в виде капсул по 100, 300, 400 мг и таблеток по 600 мг. Лечение габапентином начинают с дозы 30 мг/сут, в течение 3-7 дней увеличивают дозу до 900 мг/сут за три приема. Доза больше 1800 мг/сут не рекомендуется.

Прегабалин (лирика) по сравнению с габапентином оказывает более быстрый обезболивающий эффект (к третьим суткам). Препарат выпускается в капсулах по 25, 50, 75, 150, 200 и 300 мг. Начинают терапию с дозы 75 мг 2 раза в день. Через трое суток повышают дозу до 300 мг (150 мг x 2 раза в день), при необходимости дозу можно в последующем повысить до 600 мг в сутки.

Карбамазепин (финлепсин, тигретол и др.) является препаратом первой линии при терапии тригеминальной невралгии. Из-за побочных явлений (кардио- и гепатотоксичность, интерстициальные нефриты, лейкопении и тромбоцитопении) у онкобольных его применяют с осторожностью. Обычная доза 100-400 мг два раза в сутки.

Агонисты альфа₂-адренорецепторов (клофелин, клонидин) используются при лечении опиоидрезистентной нейропатической боли по 0,075-0,01 мг внутрь 2-3 раза в сутки. Больной должен быть предупрежден о необходимости приема достаточного количества жидкости (1,5-2 л в сутки) на фоне приема препарата во избежание артериальной гипотензии. Опасно бесконтрольное назначение клофелина ослабленным истощенным больным с гиповолемией. Не следует назначать клофелин пациентам с брадикардией ввиду ваготропных свойств этого препарата.

Бисфосфонаты (бонефос, акласта, бластера, верокласт, зомета, ксидифон, линдрон, осталон, помегара, резорба, ризендрос, тебанат, фороза, фосамакс) показаны для уменьшения риска патологических переломов при костных

метастазах рака молочной и предстательной железы, легких и миеломной болезни.

Применение адъювантных препаратов в сочетании с основными группами анальгетиков приводит к усилению анальгезирующего действия и, в ряде случаев, к снижению степени выраженности и частоты нежелательных побочных эффектов терапии.

2.7.1. Особенности лечения нейропатической боли

Под нейропатической болью подразумевают болевой синдром, инициированный или вызванный первичным поражением или дисфункцией нервной системы. Это может возникнуть из-за прогрессирования опухоли, быть следствием оперативного, лучевого и химиотерапевтического лечения, иметь причиной развитие *herpes zoster*, что нередко встречается у онкологических больных вследствие иммунодепрессии, быть связанной с сопутствующими заболеваниями (диабетическая, алкогольная, ВИЧ-ассоциированная нейропатии, тригеминальная невралгия).

Причинами нейропатической боли при злокачественном процессе чаще всего является развитие:

- 1) периферических мононейропатий при метастазах в ребра с повреждением периферических нервов;
- 2) полинейропатии при развитии паранеопластического синдрома, множественной витаминной недостаточности;
- 3) плексопатии при инфильтрации опухолевым процессом нервных сплетений и/или сдавлении их конгломератами лимфатических узлов;
- 4) радикулопатии из-за вертебральных или лептоменингеальных метастазов, эпидурального роста опухоли;
- 5) эпидуральной компрессии спинного мозга из-за вертебральных или лептоменингеальных метастазов, эпидурального роста опухоли;

б) невралгии черепных нервов из-за лептоменингеальных метастазов, метастазов в основание черепа, прогрессирующего роста опухолей головы-шеи.

В ряде случаев нейропатические боли бывают связаны с осложнениями специального лечения, такими как постторакалотомический, постмастэктомиический, постампутационный синдромы. После лучевой терапии могут развиваться миелопатии, нейропатии и плексопатии. Они возникают из-за превышения толерантности облучаемых нормальных тканей (высокая доза, большой объем облучения), развития постлучевого фиброза. При проведении химиотерапии может развиваться периферическая нейропатия. Ее развитие наблюдается при использовании таксанов, цитарабина и некоторых других цитостатиков.

У части больных, особенно после длительной терапии цитостатиками, наблюдается развитие герпетической невралгии (*herpes zoster*). В этом случае нейропатическая боль сопровождается характерными высыпаниями на коже, а ее локализация соответствует проекции на кожу нервных пучков.

Нейропатическая боль отмечается и при некоторых сопутствующих заболеваниях, например: ВИЧ-ассоциированная нейропатия, алкогольная нейропатия, диабетическая нейропатия, тригеминальная невралгия и др.

Лечение нейропатической боли имеет свои особенности. НПВС и парацетамол практически не дают эффекта. Опиоидные анальгетики действуют обычно только при использовании высоких доз, применение которых ограничено развитием побочных эффектов. В качестве препаратов первой линии обычно назначают антиконвульсанты, антидепрессанты и местные анестетики. При недостаточном эффекте показана их комбинация с возможным последующим добавлением кортикостероидов, баклофена или опиоидных анальгетиков. При остающемся выраженном болевом син-

дроме на фоне лечения можно назначить лидокаин (2–5 мг/кг в виде инфузии в течение 30 мин). В тяжелых случаях применяют инвазивные методы лечения.

Для местной терапии нейропатических расстройств (локальная гипералгезия, постмастэктомический и постторакальный болевые синдромы, миозиты и вертеброгенные поражения) применяют средства, содержащие местный анестетик. Трансдермальная терапевтическая система лидокаина 5% (версатис, ридодерм) — пластырь размером 10x14 см, который накладывают на неповрежденную кожу в зоне проекции боли на 12 часов в сутки, с последующим перерывом в 12 часов. Одновременно можно использовать до трех пластырей.

2.7.2. Лечение «прорывной» боли

Под «прорывной» болью подразумевают преходящие эпизоды сильной боли, возникающие спонтанно или в связи с определенными причинами, на фоне достижения адекватного эффекта получаемой противоболевой терапии. Различают **идиопатическую** (спонтанную) боль, возникающую без видимых причин; **эпизодическую** (инцидентную) боль, возникающую при воздействии произвольных (например, движение) и непроизвольных (например, боли после дефекации, мочеиспускания и т.д.) провоцирующих факторов; а также **боль в конце интервала дозирования анальгетиков**. Прорывная боль может быть как ноцицептивной, так и нейропатической или носить смешанный характер. Типичными особенностями прорывной боли являются: приступообразный характер, быстрое нарастание, непродолжительность и выраженная интенсивность. Лечение прорывной боли — сложная задача. Чаще всего она наблюдается у пациентов, получающих лечение сильными опиоидами. Пациентам целесообразно рекомендовать вести дневник боли. Коррекция дозы и очередного времени введения препарата позволяют устра-

нить боль в конце интервала дозирования. Эпизодическая боль с предсказуемыми провоцирующими факторами может быть устранена введением короткодействующего опиоида (например, морфина гидрохлорида подкожно или фентанила цитрата интраназально).

2.8. ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ

Интервенционные методы лечения боли подразделяются на нейромодуляцию и нейроабляцию. **Нейромодуляция** заключается в функциональном ингибировании болевых путей с помощью введения опиоидов или других препаратов внутрь мозговых оболочек или же с помощью стимуляции. **Нейроабляция** предполагает прерывание путей проведения боли с помощью хирургического, химических или температурных воздействий.

Основными способами нейромодуляции являются локальные и сегментарные обезболивающие блокады. Локальные блокады применяются как в зоне поражения, так и в зоне измененной тканевой реакции. Они могут выполняться в тканях или в каналах, в которых проходят нервные волокна. Сегментарные блокады проводятся в проекции сегментов позвоночника.

Преимуществами анальгетических блокад являются быстрое развитие обезболивания, минимальные побочные эффекты, возможность повторного применения, снятие местного патологического мышечного напряжения, отека и воспаления, улучшение питания тканей, уменьшение порога возбудимости и проводимости нервных волокон. Помимо ноцицептивной боли они купируют нейропатическую и оказывают опосредованное влияние на психогенную. Их можно применять как при местном болевом синдроме, так и при послеоперационных и фантомных болях, плексопатиях и невралгиях и т.д.

При лечении хронической боли следует помнить, что эффект от блокад временный, хотя в ряде случаев неоднократная блокада болевых импульсов из очага позволяет добиться выраженного терапевтического эффекта.

Лечебные блокады подразделяются по виду препарата, используемого для введения, и по области инъекции:

- лечебные блокады для купирования болевого синдрома на шейном и плечевом уровне;
- лечебные блокады боли в шее;
- лечебные блокады для купирования болевого синдрома грудного и пояснично-крестцового уровня;
- лечебные блокады боли в спине;
- паравертебральные лечебные блокады;
- лечебные блокады боли позвоночника;
- лечебные блокады при межреберной невралгии;
- проводниковые блокады;
- лечебные блокады при болях грушевидной мышцы;
- лечебная блокада седалищного нерва;
- лечебные блокады большеберцового нерва;
- эпидуральная блокада.

Эпидуральная анестезия как метод высокоэффективного обезболивания применяется с конца XIX века. Открытие рецепторных зон спинного мозга, высокочувствительных к опиоидам, а также их эндогенным лигандам — эндорфинам, позволило теоретически обосновать и широко внедрить в практику спинномозговую и эпидуральную аналгезию опиоидными анальгетиками. Методика заключается в проведении в эпидуральное пространство специальных катетеров и введением туда анальгезирующих средств. На сегодняшний день препаратами выбора для проведения эпидуральной аналгезии являются местные анестетики и морфина гидрохлорид. В настоящее время в клинической практике местные анестетики оцениваются по следующим характеристикам: анальгетический потенциал, длительность ла-

тентного периода, продолжительность анальгетического эффекта, токсичность. Как правило, длительное применение практически всех местных анестетиков может сопровождаться развитием системной и локальной токсичности. Достаточно быстро развивается тахифилаксия, что требует увеличения дозы препарата или сочетания его с морфина гидрохлоридом. Взаимодействие с опиоидными рецепторами спинного мозга на уровне введения может обеспечивать аналгезию в дозах, которые при обычных способах введения морфина имели бы лишь малый и краткосрочный эффект. Морфин длительно остается в спинномозговой жидкости. Отсюда тенденция к более длительной аналгезии и, по мере распространения морфина до уровня ствола мозга, возможность седации и угнетения дыхания. Поэтому введение морфина интраспинально должно выполняться квалифицированным специалистом, знающим относительные риски и выгоды метода. Эпидуральное применение морфина показано онкологическим больным с локализацией боли ниже T₁, когда не удается добиться успеха фармакотерапией. Эпидуральное введение морфина показано также пациентам с выраженными побочными эффектами от пероральных опиоидов. Этот способ введения обеспечивает лучшее качество аналгезии и меньший седативный эффект. В случаях, когда эпидуральное обезболивание проводится в течение длительного периода, целесообразна постановка эпидурального катетера. Длительное эпидуральное применение морфина имеет высокий уровень безопасности при грамотном проведении. Наиболее частое из осложнений — инфицирование кожи и подкожных тканей в зоне выхода катетера при наружной системе. Полностью имплантированные системы для дробного или непрерывного введения минимизируют этот риск. Профилактика эпидуритов ведется с помощью бактериальных фильтров и подкожного туннелирования катетера. Возможны такие осложнения,

как эпидуральная гематома, абсцесс и менингит. Поэтому применение такого метода обезболивания должно проводиться в специализированных онкологических клиниках. Толерантность при использовании интраспинальной техники не развивается быстрее, чем при системном применении опиоидов. Если лечение по этой методике начато после того, как боль стала резистентной к высоким дозам системных опиоидов, спинальное введение опиоида оказывается менее эффективным. В этих случаях эпидурально добавляют титруемые дозы местного анестетика.

Центральная электронейростимуляция заключается в торможении активности нейронов задних рогов спинного мозга, связанных с ноцицептивной афферентацией, электрическим током определенной силы и частоты, который подается в эпидуральное пространство специальными электродами. Рекомендуются электрические параметры воздействия: бифазные прямоугольные импульсы длительностью 0,2-0,5 мс с частотой следования от 2 до 70 Гц. Сила тока и напряжение подбираются по субъективным ощущениям пациента. Из осложнений наиболее часто встречается дислокация электрода, что приводит к неадекватному обезболиванию. Профилактикой этого осложнения служит надежная фиксация электрода к коже или его подкожное туннелирование. При длительном применении иногда отмечают местное воспаление кожных покровов вокруг электрода и контактный дерматит под накожными индифферентными электродами. К побочным эффектам метода относят сегментарные мышечные сокращения и ощущение «вибрации», которые возникают при низкочастотной (от 2 до 20 Гц) стимуляции и иногда могут носить непереносимый характер. Недостатком центральной электронейростимуляции являются вариабельность анальгетического эффекта, зависящая от патогенеза боли и сроков стимуляции. В то же

время этот метод позволяет отказаться от применения лекарственных препаратов или значительно уменьшить их дозировку, тем самым снижая риск возникновения побочных эффектов и аллергических реакций.

Радиочастотная нейродеструкция — метод, основанный на эффекте выделения тепловой энергии при прохождении через биологические ткани токов ультравысокой частоты. Электрод, подключенный к генератору тока, подводится к анатомической области, в которой планируется произвести деструкцию через изолированную канюлю. Интенсивность нагревания ткани зависит от ее импеданса. Размер коагуляционного поражения находится в прямой зависимости от степени нагрева ткани и контролируется датчиком, обеспечивающим точное измерение температуры. Достоинства радиочастотной нейродеструкции: контроль зоны поражения; возможность воздействия на очень ограниченные участки; быстрая реабилитация пациента после процедуры; длительный эффект (месяцы); отсутствие риска формирования невромы; малая частота развития осложнений и побочных эффектов; возможность повторного проведения. Метод имеет целый ряд противопоказаний и ограничений, таких как очевидные психические нарушения или наркотическая зависимость у пациента, деафферентационная боль, отсутствие реалистического взгляда на исход лечения (уменьшение боли, а не ее устранение), недостаточный эффект от предварительной диагностической блокады и т.д.

Консервативная и хирургическая денервация. Консервативная денервация производится интраспинальным введением нейролитиков, таких как 50-100% этиловый спирт или 6-10% фенол. При этом распространение нейролитического раствора и, соответственно, размер повреждения трудно предвидеть, поэтому возможны нежелательные побочные эффекты, которые могут стать постоянными.

Для хирургической денервации проводят малые операции: хордотомию, нейродеструкцию периферических нервов и др. Однако хордотомия — это сложная, далеко небезопасная операция, которая в ряде случаев приводит к повреждению двигательных нервов, а нейродеструкция периферических нервов может вызвать формирование невриномы и усилить деафферентационную боль. После такого рода хирургических вмешательств боль может рецидивировать, а повторная операция может быть затруднена или невозможна.

Современные инвазивные методы лечения хронической боли достаточно эффективны, но при этом необходимо наличие специалистов — анестезиологов или хирургов, владеющих ими, специального инструментального оснащения, стерильных условий и специального ухода с целью профилактики инфекционных осложнений. Несмотря на сложности, связанные с применением инвазивных методов лечения хронической боли, многие авторы считают, что их необходимо включать в терапию, когда все остальные методы исчерпали свои возможности, преимущественно у пациентов с тяжелым болевым синдромом, предполагаемая продолжительность жизни которых не превышает трех месяцев.

2.9. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

Принимая во внимание сложность и многообразие патогенетических механизмов хронической боли, ее терапия не может быть ограничена только медикаментозным воздействием. В ряде случаев значительное облегчение пациенту может принести применение физических факторов, таких как тепло, холод, свет, вода, механическое воздействие, динамическая нагрузка и электрический ток. Физические методы воздействия часто позволяют разорвать по-

рочный круг «боль — мышечное напряжение — нарушение кровообращения — боль». Дополнительным, усиливающим положительный эффект фактором является доверительное общение при проведении физиотерапии.

Теплолечение особенно эффективно при мышечных спазмах, миофасциальных болях и общем костно-мышечном дискомфорте, связанном с неподвижностью и слабостью. Нагревание ослабляет боль как конкурентный раздражитель, а также благодаря прямому воздействию на ткани. Ощущение тепла ослабляет ноцицептивную передачу в дорзальных рогах спинного мозга и может вызывать тормозящий эффект на уровне ствола мозга. Местный эффект теплового воздействия включает мышечную релаксацию, увеличение притока крови и податливости тканей. Теплолечение поверхностных тканей проводится с помощью водяных или электрических грелок, а также специальными лампами. Прогревание глубоких тканей достигается ультразвуком, коротковолновой диатермией и микроволнами. Теплолечение может вызвать повреждение тканей и противопоказано в зонах, прилегающих к металлическим или синтетическим протезам, а также к областям, содержащим костный цемент; в зонах с пониженной чувствительностью, парализованных частях тела или для ишемизированных тканей; в инфицированных зонах; непосредственно над областью, где локализуется опухоль.

Криотерапия позволяет за счет действия холода снизить местную реакцию и уменьшить высвобождение медиаторов воспаления. Показана при миофасциальной и спастической мышечной боли. Осуществляется локальным воздействием пузыря со льдом, холодной водой или орошением охлаждающего агента, такого как хлорэтил. Криотерапия противопоказана на участках с нарушениями чувствительности и недостаточным кровоснабжением.

Электротерапия — лечебное применение электрических токов различной частоты. Токи низкой частоты изменяют ионную среду клеточной мембраны тканей и вызывают аналгезию, воздействуя на свободные нервные окончания. Токи высокой частоты оказывают лечебное действие за счет образования тепла.

Чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС) осуществляется с помощью электродов, располагаемых на коже. Вызывает электрическую активность в крупных афферентных нервных волокнах, тормозящую болевые сигналы в дорзальных рогах спинного мозга. ЧЭНС показана при лечении умеренных костно-мышечных болей и невралгии, но неэффективна при висцеральных болях. Выбирать место расположения электродов, частоту и интенсивность стимуляции после консультации специалиста пациент может самостоятельно. Оптимальные параметры ЧЭНС подбираются индивидуально. Существует три основных режима: высокочастотный (80-100 Гц), низкочастотный (1-10 Гц) и так называемый «щеточный», с использованием двух различных частот (1-5 Гц и 100 Гц). Начальная эффективность ЧЭНС довольно высокая, хотя при длительном применении успешное обезболивание достигается лишь в 15-20%. Иногда процедура может вызывать парестезию болезненной области. При хорошем эффекте ЧЭНС снижает потребность в системном назначении анальгетиков; метод относительно дешев, прост в применении и вызывает мало осложнений. ЧЭНС противопоказана пациентам с вживленным водителем сердечного ритма.

Местное применение конкурентных раздражителей, таких как тепло, холод, массаж, обезболивающие мази и капсаициновый крем, стимулирует активность нейронов, подавляющих проведение болевых сигналов в дорзальных рогах спинного мозга.

Механические виды терапии (прикосновение, массаж) могут облегчить боль, вызванную мышечным спазмом, миофасциальными синдромами или общим костно-мышечным дискомфортом, связанным с неподвижностью и слабостью. Сознательное прикосновение к пациенту рукой оказывает успокаивающее и согревающее действие и не имеет побочных эффектов. Используется в лечении с использованием вибрационной терапии для устранения мышечных болей, напряжения, болей после повреждения нервов и ампутаций. Массаж приводит к выработке эндорфинов и является идеальным средством проявления участия к больному. Способствует общему, в том числе и мышечному, расслаблению. Массаж должен подготавливать пациента к собственной физической активности, а не заменять ее.

Физические упражнения, как активные, так и пассивные, могут улучшить контроль боли и ослабить общий костно-мышечный дискомфорт, связанный с неподвижностью и слабостью. Пациентам с болями, вызванными весовой нагрузкой, особенно полезны упражнения в воде. Физическая активность стимулирует выработку эндорфинов, вызывает положительные эмоции и повышение настроения. По мере выполнения адекватно дозируемых нагрузок может улучшаться общая физическая форма пациента, что приглушает негативные проявления прогрессирования основного заболевания.

Мануальная терапия, широко используемая при лечении неонкологической боли, онкологическим пациентам противопоказана при возможном метастатическом поражении или первичной опухоли позвоночника.

Ортопедические устройства и приспособления. Протезы, шины и другие поддерживающие приспособления могут облегчить или предотвратить боль, благодаря стабилизации или иммобилизации болезненных областей. Они особенно полезны при болях, связанных с движениями и у пациен-

тов с повышенным весом. Вспомогательные устройства для ходьбы, такие как костыли, палки и ходунки, играют важную роль в профилактике болей, связанных с движением. Имобилизация, которую обеспечивает использование инвалидного кресла и постельный режим, является необходимой для пациентов, страдающих от сильных болей на фоне оптимальной анальгетической терапии и использования описанных выше средств физической поддержки.

2.10. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

Исторически, в процессе зарождения и становления человеческой цивилизации, при оказании помощи больным людям было замечено, что любое заболевание сопровождается не только возникновением физических страданий. В процессе развития болезни у пациента возникают новые взаимоотношения со своим внутренним миром, с окружающей природой, социумом в целом, а также родными и близкими в частности. Далеко не всегда эти новые взаимоотношения имеют положительное значение. Сам пациент, будучи обозленным на постигшее его несчастье, на свой организм, на кажущееся благополучие окружающей действительности, нередко «срывается» на людей, чаще всего на тех, которые наверняка простят, т.е. на членов семьи. Таким образом, еще до возникновения физических страданий, особенно при поражении человека онкологическим заболеванием, у него может развиваться дистрессорное состояние, затрагивающее психологические, социальные, культурные и духовные аспекты бытия, играющие немаловажную роль в прогрессировании и регрессе болевого синдрома.

Экспертами ВОЗ для характеристики хронической боли, сопровождающей тяжелого онкологического больного, определен термин «тотальная боль». Этиологиче-

скими факторами этого состояния могут быть физические, психологические, социальные и духовные проблемы, которые в разные периоды времени превалируют или «отступают в тень» перед другими, придавая соответствующую «окраску» тотальной боли. Для адекватной оценки качественных и количественных характеристик боли целесообразно обязательное рассмотрение всего комплекса этиопатогенетических факторов. При отсутствии эффективности лекарственного лечения конкретного болевого синдрома следует определиться с психологическими, психосоциальными и духовными аспектами, возможно, играющими патогенетическую роль. Обязательно регулярно проводить диагностику, контроль и, при необходимости, адекватное купирование дисбаланса всех факторов, оказывающих на развитие болевого синдрома патогенетическое воздействие. К медицинским методам лечения пациента из перечисленных выше (кроме коррекции так называемых «физических» причин тотальной боли) ближе всего стоят методы психологической терапии, которые также применяют практически все медработники в своей обыденной практике независимо от наличия или отсутствия специализации по данному вопросу. Считают, что релаксация и простое поведенческое обучение приоритетнее для пациентов с распространенным онкологическим заболеванием, чем более сложные виды терапии, которые эффективнее в отношении пациентов, у которых «ожидаемый» период жизни длиннее.

Все методы психологической терапии, применяемые у пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований, так же как и методы определения эффективности и безопасности анальгетиков, должны быть неинвазивными, свободными от побочных эффектов. Необходимо вовлекать пациента или, по крайней мере, создавать у него впечатление активного вовлечения в собствен-

ное лечение. В процессе лечебных мероприятий пациентов окружают заботой, рекомендуют активно участвовать в принятии решений относительно лечебной тактики. Взаимоотношения такого рода необходимы для предупреждения субъективных ощущений страха, тревоги, мнимой заброшенности. Отмечено, что у большинства пациентов, по субъективным или объективным причинам полностью или частично лишенных общей психологической поддержки, значительно хуже поддавался медикаментозному контролю болевой синдром. И наоборот, при дополнении терапевтических противоболевых мероприятий методами психологической коррекции пациенты быстрее и полноценнее справлялись с физической болью, осложнившей течение прогрессирующего онкологического процесса.

Медицинская наука продолжает разрабатывать новые методы лечения различных патологических состояний, в том числе и такого симптомокомплекса, как «тотальная боль». В зависимости от превалирующей в каждом конкретном случае патогенетической составляющей, разными авторами рекомендуется применение самых разнообразных методов расслабления различной сложности, как в сочетании, так и в отдельности. Самым простым считается глубокое контролируемое дыхание. Прогрессивную мышечную релаксацию характеризует проходящее по всему телу постепенное и последовательное напряжение и расслабление всех 16 групп мышц. Последовательное расслабление групп мышц каждого участка тела с концентрацией внимания на ощущении теплоты и тяжести, но без предварительного напряжения, получило название «аутогенная релаксация». Если пациент способен мысленно сконцентрировать внимание на топографии болевых ощущений с конкретным представлением их локализации, при этом найти удобное положение, при котором болевые ощущения становятся менее интенсивными, то для него будет более приемлем

метод мысленных образов. По мере углубленного освоения этого метода релаксации у пациента может развиваться так называемый внутренний взгляд, состояние отрешенного наблюдения за своим состоянием, за экстраполяционными характеристиками болевого синдрома на работу внутренних органов с оценкой различных внутренних ощущений, которые при этом происходят. Возникает состояние, характеризующееся термином «медитация», близкое к самогипнозу. Релаксационные методы лечения хронического болевого синдрома вначале проводятся под руководством квалифицированных специалистов, и только при достаточном освоении пациентом оптимального для его состояния метода релаксации лечение может продолжаться в амбулаторных и домашних условиях.

Гипноз. При проведении данного метода релаксации профессиональным специалистом, при условии хорошей восприимчивости пациента к гипнозу, при его большом желании «поддаться» гипнозу, сопровождаемом уважением и верой в способности врача, гипноз считается ценным методом в лечении онкологической боли. Иногда он оказывается эффективным даже при лечении пациентов с фантомными болями конечностей. Существует множество различных видов гипноза, один из которых — стимуляция галлюцинаторного ощущения анестезии, включающая прямое блокирование боли в сознании путем внушения. Возможно применение метода ослабления ощущения боли путем внушения увеличения сопротивляемости организма болевым импульсам того или иного уровня интенсивности; так называемых сенсорных замещений (когда определенные характеристики болевого синдрома замещаются путем гипнотического воздействия на другие сенсорные характеристики); смещения боли (болевые ощущения из одной области тела, как бы для ее «отдыха», перемещают в другую, не болевшую ранее).

Терапия «биологической обратной связью» — это лечебный метод, при котором пациент учится по характеру реакции своего организма на внешние или внутренние раздражители регулировать собственные физиологические процессы. Данный вид терапии использует различную электронную технику, которая улавливает, усиливает разные биологические сигналы, преобразуя их в доступные для восприятия конкретным пациентом. Существует несколько типов обратной биологической связи, в которых используются: мышечная активность и напряжение, кожная температура и ее градиенты, электрическая проводимость кожных покровов, энцефалография. Применяя эти методики, пациент обучается снижать мышечное напряжение или уменьшать другие ответные реакции, вызывающие или усиливающие боль. Значение метода «биологической обратной связи» в лечении онкологической боли пока не определено. Пациенты могут иметь хороший эффект при постоянной курации врачом-специалистом и не достигать его при проведении методики в домашних условиях. Вполне очевидно, что при полноценном освоении данного метода релаксации достигаются положительные результаты.

Оперантные методики. Реабилитационная психотерапия, или сопряженное лечение, — это помощь пациентам в изменении болевого поведения и связанных с этим действий. Этот метод играет незначительную роль в лечении боли у пациентов с распространенным онкологическим заболеванием. Данный вид лечения включает психологическую поддержку, физиотерапию, трудотерапию и планирование профессиональной и социальной деятельности после лечения. Глобальные задачи такой программы состоят в снижении употребления обезболивающих средств, увеличении физической активности, оптимизации болевого поведения и ответных реакций и поощрении различных видов деятельности, характерных для здоровых людей. Один

аспект реабилитационной психотерапии, широко распространенный в лечении хронической боли онкологического генеза, — это регулярное назначение анальгетиков вместо приема препарата «по мере необходимости».

Когнитивно-поведенческое лечение. Этот метод представляет собой комбинацию поведенческой терапии с познавательной психологией, когда основным фактором, определяющим поведение пациента, является мышление. Задача заключается в том, чтобы помочь пациентам определить и изменить мысли, убеждения и поведение, которые в настоящем состоянии могут усиливать боль, депрессию или тревогу, и обучить их особым навыкам, позволяющим купировать приступы боли. Сюда же относится развитие навыков, необходимых для преодоления с помощью различных решений чрезмерного уровня специфических трудностей, а также навыков для купирования своих проблем с привлечением релаксирующей терапии, с активизацией воображения и отвлечением внимания. В случае успеха пациенты становятся способными преодолевать болевые приступы, тревогу, депрессию и социальный дискомфорт. Этот вид лечения малоприменим для больных с незначительным сроком предполагаемой жизни.

Психотерапия. Пациенты, страдающие интенсивным болевым синдромом и испытывающие различного рода эмоциональные переживания, беспокойство, тревогу, депрессию, могут быть стабилизированы обычной психотерапией так же хорошо, как при применении антидепрессантов и анксиолитиков. Психотерапия может помочь пациентам адаптироваться к реальным проблемам, поставленным перед ними болезнью, и способствовать положительным результатам контроля болевого синдрома.

Оптимальное лечение хронической боли онкологического генеза не обязательно предполагает самые современные и дорогостоящие препараты, прецизионную хирургию

или применение высокотехнологичной аппаратуры. Оно должно опираться на общие принципы паллиативной помощи в сочетании с пристальным вниманием к деталям лечения. Важно, чтобы боль рассматривалась в контексте всех проблем пациента, и ее лечение было интегративной частью общего лечебного процесса, включающего коррекцию других причин страдания (физических, психологических, социальных, культурных и духовных), которые могут провоцировать или усиливать боль. Оптимизация лечения хронического болевого синдрома у пациентов с прогрессирующим онкологическим заболеванием не должна быть заботой и ответственностью одних только врачей и медицинских сестер. Это должно стать заботой мультидисциплинарной «команды». Такой подход состоит не только из диагностики хронической боли (тип, причина, интенсивность, локализация) и возможностей ее коррекции (противоопухолевая терапия, анальгетики, адъювантные препараты, регионарные блокады, лечение физическими методами, психотерапия), но также из определения круга других проблем пациента (боли других локализаций, не связанные с онкологическим процессом; физические, психологические, социальные, культурные, духовные проблемы). После этого разрабатывается план координированной коррекции боли с использованием интегративных возможностей всех членов «команды», включая взаимосвязь пациента, семьи, общую поддерживающую помощь. Систематически должна повторяться оценка всех составляющих согласованного противоболевого лечения.

Причины некупируемой боли у онкологических пациентов различны. Среди них есть неоправданные, которые могут быть предупреждены или устранены. Причины некупируемой боли иногда исходят от пациента: при неверных описаниях боли, при сохранении уверенности в ее неизбежности и неизлечимости. В результате неправиль-

ного приема медикаментов могут проявляться их побочные эффекты, у пациента возникает неверие в лекарства, появляется страх развития привыкания, зависимости, боязнь отсутствия в будущем резерва для обезболивания. Этому также может способствовать физическая невозможность принимать назначенные препараты. Причины неудачного противоболевого лечения могут исходить и от лечащего врача: при недоверии к пациенту; неточной оценке типа и причины боли; при скудном арсенале методов лечения; вследствие ошибок при использовании различных методов, в том числе при неполноценном применении анальгетиков. Это бывает при неправильном выборе анальгетика, дозировки (неадекватная доза, несоблюдение кратности приема), вследствие отсутствия медикаментозного обеспечения при «прорывах» боли, из-за ошибок при проведении адъювантной терапии, при нежелании применения опиоидных анальгетиков из-за опасения развития привыкания и зависимости; а также при терминальном уходе, при оценке и попытке устранения других аспектов страдания, которые могут вызывать или усиливать боль: физических, психологических, социальных, культурных, духовных; при неудаче во время повторной оценки факторов болевого синдрома. Наиболее частые причины некупируемой боли — неадекватное или неправильное применение анальгетиков и игнорирование других причин страдания, которые могут усиливать боль. Применение анальгетиков для облегчения хронической боли требует соответствующего препарата в адекватной дозе и в соответствии с графиком введения, определяемыми его фармакологическими свойствами, что позволяет также предупредить ее рецидив. Применяемые дозы анальгетиков отличаются от используемых для контроля острой или послеоперационной боли. Оптимальной считается такая доза анальгетика, которая облегчает

боль, поэтому эскалация дозы проводится до тех пор, пока побочные эффекты препарата не переходят на неприемлемый уровень. Также частыми причинами некупируемой боли являются нерешенные проблемы, относящиеся к другим страданиям — физическим, психологическим, социальным, культурным и духовным, — которые вызывают или усиливают боль. Эти вопросы могут быть решены, если для оценки состояния пациента используется мультидисциплинарный подход. В литературных источниках описано множество клинических примеров применения значительных дозировок опиоидов, не вызывающих необходимого лечебного эффекта до тех пор, пока не были выяснены и устранены какие-либо другие проблемы, на первый взгляд не имеющие отношения к физическим страданиям: психологические, социальные или духовные. С момента начала профессиональной коррекции нефизических причин страдания пациентов отмечалось снижение уровня интенсивности болевых ощущений и потребности в применении больших дозировок сильнодействующих анальгетиков. О наличии нефизических причин хронической боли говорит отсутствие положительной динамики на фоне соответствующего лечения и непомерно высокой потребности в приеме сильнодействующих анальгетиков. По мере прогрессирования онкологического процесса можно предвидеть увеличение интенсивности болевого синдрома и возникновение болевых ощущений в других частях тела пациента.

Некупируемая боль в терминальной стадии онкологического заболевания может потребовать проведения у пациента седации. По этому вопросу проводится много дискуссий, основной смысл которых сводится к тому, что такое лечение направлено исключительно на облегчение страданий. Седация делает более легким уход из жизни пациентов с некупируемой болью, а также уменьшит стра-

дания членов их семей. С этой целью могут быть использованы барбитураты или бензодиазепины.

Контрольные материалы к главе 2

Задания в тестовой форме

Выберите один правильный ответ

1. Механизм хронической боли онкологического генеза:

- а) периферический
- б) центральный
- в) психологический
- г) включает все перечисленное

2. К ноцигенной боли относится:

- а) соматическая
- б) психогенная
- в) нейропатическая
- г) каузалгия

3. Периферическим анальгетическим действием обладают:

- а) ненаркотические анальгетики
- б) нестероидные противовоспалительные средства
- в) опиоиды
- г) а и б

4. Центральным анальгетическим действием обладают:

- а) нестероидные противовоспалительные средства
- б) истинные опиаты
- в) синтетические опиоиды
- г) б + в

5. Снижение качества и продолжительности аналгезии при длительной терапии хронической боли морфином обусловлено:

- а) толерантностью
- б) физической зависимостью

- в) психической зависимостью
- г) прогрессирующим основным заболеванием

6. Развитие абстинентного синдрома при прекращении введения наркотических анальгетиков обусловлено:

- а) толерантностью
- б) физической зависимостью
- в) психической зависимостью
- г) прогрессирующим основным заболеванием

7. Восприятие боли зависит от следующих факторов:

- а) физического состояния пациента
- б) психоэмоционального состояния пациента
- в) всех перечисленных
- г) правильного ответа нет

8. Обезболивающие препараты назначаются:

- а) по требованию
- б) по боли
- в) по часам
- г) во всех перечисленных случаях

9. Обезболивающие препараты назначаются:

- а) от более слабого к более сильному
- б) имеющиеся в наличии
- в) наиболее сильнодействующие
- г) по желанию пациента

10. Правильной следует считать:

- а) максимальную дозу анальгетика
- б) минимальную дозу анальгетика
- в) дозу по желанию пациента
- г) дозу, которая снимает боль на 4 часа и более

11. Анальгетики лучше вводить:

- а) внутримышечно
- б) внутривенно
- в) per os, per rectum, сублингвально
- г) по желанию больного

12. Адьювантная терапия применяется:

- а) для усиления эффективности основных анальгетиков
- б) для купирования побочных эффектов анальгетиков
- в) для купирования других симптомов
- г) во всех перечисленных случаях

13. В результате поражения нервных структур возникает боль следующего типа:

- а) соматическая
- б) висцеральная
- в) нейрогенная
- г) ноцигенная

14. Соматическая боль вызывается повреждением:

- а) внутренних органов, серозных оболочек, сосудов
- б) костей, суставов, сухожилий, связок, мягких тканей
- в) периферических и центральных нервных структур
- г) всего перечисленного

15. Висцеральная боль вызывается повреждением:

- а) внутренних органов, серозных оболочек, сосудов
- б) костей, суставов, сухожилий, связок, мягких тканей
- в) периферических и центральных нервных структур
- г) всего перечисленного

16. К адьювантным препаратам относятся:

- а) кодеин, трамадол
- б) amitriptilin, баклофен, дексаметазон
- в) баралгин, но-шпа, седуксен
- г) все перечисленные препараты

17. Нейромедиаторами антиноцицептивной системы организма являются:

- а) энкефалины
- б) эндорфины
- в) динорфины
- г) все перечисленное

18. Для усиления действия анальгетиков можно назначить:

- а) клофелин
- б) коринфар
- в) эуфиллин
- г) ни один из перечисленных препаратов

19. Хронический болевой синдром при раке может быть осложнением:

- а) хирургического лечения
- б) химиотерапии
- в) лучевого лечения
- г) всех перечисленных факторов

20. Чрезмерно сильное болевое ощущение, формирующееся на фоне длительного ноцицептивного раздражения, когда в качестве болевых воспринимаются и неболевые (например, тактильные) сенсорные стимулы, это:

- а) гипералгезия
- б) аллодиния
- в) дислокализация
- г) гиперестезия

21. Побочным действием наркотических анальгетиков является:

- а) тошнота
- б) адинамия
- в) запор
- г) все перечисленные симптомы

22. Побочным действием нестероидных противовоспалительных средств является все, кроме:

- а) раздражения слизистой ЖКТ
- б) геморрагических осложнений
- в) гранулоцитопений
- г) кожных аллергических реакций

23. Центральное место в лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных занимает:

- а) этиологическая (противоопухолевая) терапия
- б) системная фармакотерапия анальгетиками
- в) регионарные методы анальгезии
- г) деструктивная нейрохирургия

24. Локальная фармакотерапия это:

- а) блокада нервов, нейролизис, криоанальгезия
- б) эпидуральное, интратекальное, интравентрикулярное введение анальгетиков
- в) электростимуляционная анальгезия
- г) все перечисленные методы

25. Эффект неопиоидных анальгетиков обусловлен:

- а) влиянием на патологический процесс
- б) уменьшением болевых ощущений и воспалительных явлений
- в) стабилизацией клеточных мембран
- г) всеми перечисленными факторами

26. Морфин понижает:

- а) чувствительность мочевого пузыря
- б) тонус сфинктера мочевого пузыря
- в) тонус детрузора
- г) тонус и амплитуду сокращений мочеточника

27. Морфин повышает:

- а) чувствительность мочевого пузыря
- б) тонус сфинктера мочевого пузыря
- в) тонус детрузора
- г) тонус и амплитуду сокращений мочеточника

Контрольные вопросы

1. Определение боли.
2. Роль ноцицептивной и антиноцицептивной систем в механизме развития боли.
3. Роль ЦНС в восприятии и ответе на боль.
4. Особенности хронической боли.

5. Виды боли.
6. Понятие о соматогенной боли.
7. Особенности нейропатической боли.
8. Понятие и особенности психогенной боли.
9. Методы оценки болевого синдрома.
10. Принципы лечения хронической боли.
11. Основные группы медикаментозных препаратов, используемых в лечении хронической боли.
12. Лечение слабой боли. Характеристика основных препаратов.
13. Побочное действие неопиоидных анальгетиков и пути его коррекции.
14. Лечение умеренной боли. Характеристика основных препаратов.
15. Лечение сильной боли. Характеристика основных препаратов.
16. Побочное действие опиоидных анальгетиков и пути его коррекции.
17. Применение трансдермальных терапевтических систем для лечения хронического болевого синдрома.
18. Современные тенденции повышения безопасности применения опиоидных анальгетиков.
19. Понятие о толерантности к опиоидам и пути ее преодоления.
20. Физическая зависимость и наркомания.
21. Адьювантные препараты. Характеристика основных групп.
22. Особенности лечения нейропатической боли.
23. Особенности лечения психогенной боли.
24. Понятие и особенности лечения «прорывной» боли.
25. Причины некупируемой боли.
26. Понятие о седации.

27. **Физические методы лечения хронической боли.**
28. **Регионарная анестезия и нейролизис.**
29. **Значение блокад в лечении хронической боли.**
30. **Особенности психологической помощи при лечении хронической боли.**

Глава 3

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ГОМЕОСТАЗА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

3.1. НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ

Различные формы нарушений дыхания являются одними из наиболее часто встречающихся факторов, ухудшающих качество жизни онкологических больных IV клинической группы. У каждого пациента они индивидуальны и имеют характерные клинические проявления. Основными тягостными симптомами поражения органов дыхания у больных с распространенной злокачественной опухолью являются одышка, кашель, кровохарканье, боль в груди, нарушение звучности голоса (дисфония) и терминальная респираторная гиперсекреция («предсмертный хрип»).

3.1.1. Одышка

Одышка (*dyspnoe*) — нарушение частоты, глубины или ритма дыхания, либо патологическое повышение работы дыхательных мышц, в связи с препятствием выдоху или вдоху, сопровождающиеся, как правило, субъективно тягостными ощущениями нехватки воздуха, затрудненного дыхания. Одышка встречается у 10–70% онкологических пациентов и не уступает болевому синдрому по своему «вкладу» в ухудшение качества жизни больного.

Этиологические факторы развития одышки можно подразделить на первично связанные с онкологическими заболеваниями, при которых происходит снижение объема функционирующей легочной ткани за счет непосредственного разрастания опухолевых масс, появления выпота в плевральной полости, полости перикарда, брюшной полости, а также при развитии синдрома сдавления верхней полой вены, и опосредованно связанные с онкологическим заболеванием, то есть являющиеся следствием развития осложнений (анемия, легочная эмболия, кахексия, инфекционные осложнения и т.п.). Кроме того, одышка может быть связана с противоопухолевым лечением (хирургическое вмешательство, химиотерапия) или сопутствующей патологией. Основными причинами одышки у онкологических больных являются обструкция дыхательных путей, функциональные изменения легочной ткани, нарушение биомеханики дыхания, сердечно-сосудистые нарушения, анемия, тревожные расстройства.

Подобно боли, ощущение одышки всегда субъективно, оно является следствием собственно дыхательной недостаточности и реакции на нее пациента. Одышка причиняет большое страдание больному и всегда сопряжена с высокой степенью беспокойства. У пациентов с выраженной одышкой может появиться страх смерти от удушья, и даже паника по этому поводу, которая, в свою очередь, усиливает одышку.

Для оценки степени выраженности одышки применяют шкалу оценки одышки Британского совета по проведению научных исследований в области медицины MRC (Medical Research Council), представленную в таблице 1.

При сборе жалоб и анамнеза у пациента с одышкой необходимо обратить внимание на следующие моменты: время появления одышки, ее продолжительность, зависимость от положения тела и других факторов, сочетание с другими тягостными симптомами (сердцебиение, кашель, болевой

Таблица 1

Шкала оценки одышки MRC

Степень	Тяжесть	Описание
0	Нет	Одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной нагрузки
1	Легкая	Одышка при быстрой ходьбе или при подъеме на небольшое возвышение
2	Средняя	Одышка приводит к более медленной ходьбе по сравнению с другими людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в своем темпе по ровной поверхности
3	Тяжелая	Одышка заставляет делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности
4	Крайне тяжелая	Одышка не позволяет выходить из дома или появляется при одевании и раздевании

синдром, повышенная тревожность и т.д.), признаки и выраженность дыхательной недостаточности (вынужденное положение тела, нарушение толерантности к физической нагрузке). Необходимо выяснить наличие и степень выраженности у пациента сопутствующей патологии, в том числе со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Важно иметь максимально полную информацию о характере и распространенности опухолевого процесса, проведенном специфическом лечении и развившихся осложнениях.

При осмотре пациента обращают внимание на частоту дыхательных движений, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, деформацию грудной клетки, расширение подкожных вен верхней половины туловища. При перкуссии и аускультации можно получить информацию

о наличии плеврального выпота, признаков обструкции бронхов или пневмосклероза. Важное значение имеет исследование сердечно-сосудистой системы: выявление тахикардии, расширения границ сердца, признаков артериальной гипертензии или гипотонии, выявление шумов или дополнительных тонов при аускультации сердца.

Учитывая, что значительная часть пациентов получает симптоматическое лечение на дому, ведущее значение приобретают методы клинического обследования, однако при возможности проведения дополнительных методов обследования следует обратить внимание на показатели общего анализа крови (анемия, лейкоцитоз или нейтропения, тромбоцитопения), биохимического анализа крови (признаки ХПН, печеночной недостаточности, уровень глюкозы крови), данные ЭКГ (наличие и форма аритмии, признаки гипертрофии левого желудочка, перегрузки отделов сердца), спирометрии, рентгенологического исследования грудной клетки. Необходимо помнить, что необязательное обследование может в ряде случаев ухудшить качество жизни больного, особенно если оно сопряжено с необходимостью транспортировки, что требует взвешенного подхода к проведению дополнительных диагностических манипуляций.

При лечении одышки в ряде случаев можно попытаться воздействовать на непосредственную причину. При обтурации просвета бронха опухолью могут использоваться эндоскопическое стентирование, лазерная коагуляция. При наличии выпота в плевральной полости проводится плевральная пункция с эвакуацией содержимого и последующим плевродезом с введением в качестве склерозантов тиофосамида или блеомицина. Присоединение вторичной инфекции требует назначения антимикробной и противовоспалительной терапии.

При невозможности устранить непосредственную причину одышки прибегают к неспецифическим медикамен-

тозным и немедикаментозным методам лечения. К немедикаментозным относят положение Фовлера, поддержание энергосберегающей функциональной активности, создание оптимальных условий окружающей среды, психотерапию. Лекарственная терапия одышки включает в себя назначение следующих групп препаратов: бронходилататоры, кортикостероиды, опиоиды (кодеин, морфин), бензодиазепины (лоразепам, мидазолам, диазепам, клоназепам), фенотиазинов (прометазин, хлорпромазин). Важным аспектом является возможность назначения препаратов, в том числе опиоидов, через небулайзер. У больных раком легкого после ингаляций местных анестетиков, в частности лидокаина, уменьшается субъективное восприятие одышки. Особенно хороший ответ отмечается у пациентов с более тяжелой одышкой, которая сочетается с кашлем, болями в грудной клетке, слабостью и недомоганием.

3.1.2. Кашель

Кашель представляет собой защитный рефлекс, направленный на очищение дыхательных путей. В ряде случаев кашель становится патологическим, утрачивает свою физиологическую роль и снижает качество жизни больных. В зависимости от наличия или отсутствия мокроты кашель бывает сухим и продуктивным. Более 50% онкологических больных страдают от патологического кашля. Чаще всего он сочетается с одышкой и кровохарканьем и может стать причиной множества осложнений.

Непосредственными причинами развития кашля у онкологических больных являются раздражение дыхательных путей эндобронхиальной опухолью, аспирационными массами или внешнее сдавление бронха. Кашель возникает при присоединении инфекционного процесса (развитии пневмонии, плеврита, перикардита), формировании легочного фиброза (лучевой или лекарственный

пневмонит), а также как проявление сопутствующей легочной патологии.

Для оценки степени выраженности кашля обычно применяют балльную шкалу (табл. 2).

Таблица 2

Балльная шкала оценки кашля

Баллы	Дневной кашель	Ночной кашель
0	Нет кашля	Нет кашля
1	Один короткий приступ кашля	Кашель только при пробуждении/засыпании
2	Два и более коротких приступов кашля	Однократное ночное пробуждение или раннее пробуждение из-за кашля
3	Частые приступы кашля, не мешающие повседневной активности	Частое пробуждение из-за кашля
4	Частые приступы кашля, мешающие повседневной активности	Частые приступы кашля в течение большей части ночи
5	Тяжелый, изнурительный кашель на протяжении всего дня, при котором обычная активность невозможна	Тяжелый, изнурительный кашель, не дающий возможности заснуть

Тщательный опрос пациента и сбор анамнеза позволяет определиться с причиной возникновения кашля. Следует обратить особое внимание на наличие сопутствующих кашлю симптомов: одышка, кровохарканье, боли в грудной клетке, рвота, лихорадка, дисфагия, першение в горле, выделения из носа и чувство «заложенности» верхних дыхательных путей, наличие и характер мокроты. Важно определить наличие провоцирующих факторов и сопутствующей легочной патологии. Необходимо помнить о возможном

появлении кашля как осложнения проводимой лекарственной терапии.

При перкуссии и аускультации легких могут быть обнаружены признаки плеврита, обструкции бронхов. При необходимости выполняют рентгенографию органов грудной клетки.

При лечении кашля, не связанного с сопутствующей легочной патологией, необходимо попытаться устранить (если это возможно) непосредственную причину (лазеротерапия, стентирование при эндобронхиальной опухоли, парацентез при плевральном выпоте).

Симптоматическая терапия продуктивного кашля направлена на облегчение отхождения мокроты (ингаляции, постуральный дренаж). На время сна назначаются противокашлевые препараты. При невозможности пациента откашливать мокроту, в связи с тяжестью состояния, применяют опиоиды и холинолитики (ипратропиум бромид) для подавления кашля и бронхиальной секреции.

Симптоматическая терапия сухого кашля включает в себя противокашлевые препараты периферического и центрального действия. К первым относят преноксидиазин, леводропропизин, бенпропирин, битиодин. Применяют ингаляции и аэрозоли, в том числе содержащие местные анестетики (лидокаин, бупивакаин). Препараты центрального действия подразделяются на наркотические (кодеин, кодеина фосфат полугидрат, декстрометорфан, морфин) и ненаркотические (бутамира цитрат, глауцин, фолкодин).

3.1.3. Кровохарканье

Кровохарканье — выделение крови из дыхательных путей при кашле. При ложном кровохарканье происходит выделение аспирированной крови при желудочном кровотечении. Массивным считается кровохарканье, при кото-

ром за сутки выделяется 600 мл крови, или скорость кровопотери составляет более 100 мл/час.

Кровохарканье встречается более чем у половины пациентов с раком легких. Основными механизмами возникновения этого симптома является распад опухоли в легких или эрозия слизистой бронха опухолью. В ряде случаев кровохарканье является следствием развития у онкологического больного системного нарушения гемостаза, инфекционных осложнений или тромбоэмболии ветвей легочной артерии.

При осмотре пациента с кровохарканьем необходимо тщательно осмотреть полость рта и носоглотку для дифференциальной диагностики с кровотечением из этих зон. Для истинного кровохарканья характерно выделение алой или ярко-красной, пенистой (за счет смешивания с воздухом) крови в течение нескольких часов или дней при наличии в анамнезе поражения легких. Следует оценить объем кровопотери.

Целесообразно для оценки состояния свертывающей системы выполнить общий анализ крови с определением уровня тромбоцитов и оценить показатели коагулограммы.

Лечение кровохарканья направлено на обеспечение проходимости дыхательных путей и достижение гемостаза. При небольшой кровопотере применяют циклокапрон, транексам. При массивной кровопотере пациента усаживают или укладывают на бок. Назначают малые дозы противокашлевых средств, рассматривают назначение гемостатических препаратов (аминокапроновая кислота, этамзилат). Для пациентов, находящихся в стационаре, целесообразным может быть применение бронхоскопии, с попыткой проведения местного гемостаза с помощью локального орошения растворами гемостатиков, электрокоагуляцией зоны кровотечения.

3.1.4. Дисфония

Дисфония, выражающаяся в нарушении звучности голоса, обычно является следствием вовлечения в опухоле-

вый процесс возвратного нерва. Для паралича возвратного нерва характерно сочетание дисфонии и непродуктивного кашля. В этом случае при ларинготрахеоскопии определяется несмыкание голосовой щели из-за отсутствия тонуса голосовой связки на стороне поражения.

3.1.5. Терминальная респираторная гиперсекреция

Терминальная респираторная гиперсекреция — избыточное скопление секрета в области гипофаринкса и/или бронхиальном дереве, в результате которого образуется шум, возникающий во время акта дыхания и слышимый на расстоянии у постели больного («предсмертные хрипы»). Чаще всего подобное состояние возникает у пациентов с раком легких, головы и шеи, печени за двое-трое суток до наступления смерти. Причиной может быть накопление секрета слюнных желез из-за нарушения глотательного рефлекса или накопление секрета бронхиального дерева из-за нарушения кашлевого рефлекса.

Лечебные мероприятия заключаются в придании пациенту положения тела на боку с приподнятым головным концом кровати, гигиене полости рта, аспирации содержимого полости рта, искусственном уменьшении гидратации, назначении антихолинэргических препаратов (скополамин).

3.2. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

3.2.1. Стоматит

Мукозит ротовой полости (стоматит) — воспаление слизистой полости рта, протекающий с образованием язв, вовлечением в процесс языка, слизистой оболочки щек, десны, губ, твердого неба. Сопровождающий стоматит болевой синдром не только снижает качество жизни пациента, но и уменьшает объем потребляемой пищи и жидкости. В подавляющем большинстве случаев стоматит является

осложнением проводимой химиотерапии или лучевой терапии по поводу рака головы и шеи.

В таблице 3 приводится классификация стоматита в соответствии с критериями токсичности.

Все пациенты с распространенными формами злокачественных новообразований, особенно те, которым проводится химио- и лучевая терапия, нуждаются в специальных мероприятиях по уходу за полостью рта, чтобы предупредить развитие стоматита. В превентивный уход за полостью рта следует включать: регулярное полоскание физиологическим раствором или специально продаваемыми средствами для полоскания; исключение применения для полоскания спиртосодержащих растворов; по показаниям проведение противогрибковой терапии; если отмечаются признаки миелосупрессии, рассматривается назначение антисептиков (например, мирамистин). Обязательно следует обращать внимание на гигиену губ (применение вазелинодержущих косметических или лечебных препаратов), гигиену зубов (регулярная чистка мягкой щеткой), уход за зуб-

Таблица 3

Классификация стоматита по степени тяжести

Степень тяжести	Клинические проявления
0-я	Клинические проявления отсутствуют
1-я	Признаки умеренного воспаления (эритема, отечность, безболезненные изъязвления)
2-я	Признаки воспаления в сочетании с болевым синдромом, пациент может принимать твердую пищу
3-я	Признаки воспаления в сочетании с болевым синдромом, пациент не может принимать твердую пищу
4-я	Пациент не может принимать твердую и жидкую пищу, нуждается в парентеральном и энтеральном питании

ными протезами (очистение после каждого приема пищи, погружение на ночь в раствор слабого антисептика). При приеме пищи следует избегать очень горячих и очень плотных ингредиентов. Профилактическая противогрибковая терапия должна проводиться всем пациентам с риском развития стоматита, а у больных с миелосупрессией частоту развития бактериального стоматита снижает обработка полости рта растворами антисептиков, такими как хлоргексидин.

Немедикаментозная терапия стоматита заключается в гигиене полости рта, полосканиях раствором соды до и после еды, адекватном потреблении жидкости, приеме прохладной не раздражающей пищи, обработке ротовой полости местными анальгетиками (лидокаин), бензидамином. При стоматите 2–3-й степени необходимо системное применение НПВС, при стоматите 3–4-й степени оправданы малые дозы опиоидов. При возникновении инфекционных осложнений используют антибиотики широкого спектра действия.

3.2.2. Синдром сдавления желудка

Синдром сдавления желудка возникает при неспособности желудка к растяжению из-за внешних препятствий (чаще из-за гепатомегалии). Подобные явления могут встречаться как при стенозирующих формах рака желудка, так и после субтотальной резекции желудка или гастрэктомии («синдром маленького желудка»).

Основными клиническими проявлениями являются раннее насыщение, икота, вздутие в эпигастрии, тошнота, дискомфорт и/или боль в эпигастрии, рвота после приема пищи, изжога и метеоризм.

К лечебным мероприятиям при невозможности устранения непосредственной причины сдавления относятся: частое и дробное питание, антифлатуленты с пищей и перед сном, прокинетики (метоклопрамид, мотилиум) перед едой, психотерапия.

3.2.3. Тошнота и рвота

Тошнота — тягостное субъективное ощущение дискомфорта в эпигастрии, в груди и полости рта, нередко предшествующее рвоте и сопровождающееся вегетативными реакциями (ощущение дурноты, головокружение, слюноотделение, похолодание конечностей, бледность кожных покровов, снижение артериального давления).

Рвота — сложнорефлекторный акт, в котором участвуют мышцы брюшного пресса и диафрагма, проявляющееся как произвольное толчкообразное выбрасывание (извержение) содержимого желудка наружу через рот.

Тошнота отмечается у 20–30% больных с распространенными формами рака. У 20% пациентов данной группы отмечается рвота.

В таблице 4 представлена классификация тошноты и рвоты по степени тяжести.

Таблица 4

Классификация тошноты и рвоты

Степень тяжести	Тошнота	Рвота
0-я	Отсутствует	Отсутствует
1-я	Незначительное снижение возможности приема пищи	1 эпизод рвоты на протяжении суток
2-я	Значительное снижение возможности приема пищи	2–5 эпизодов рвоты на протяжении суток
3-я	Прием пищи невозможен	6 и более эпизодов рвоты на протяжении суток или необходимость в/в гидратации
4-я	-	Необходимость парентерального питания или наличие осложнений, требующих интенсивной терапии; коллапс

На рисунке 1 представлены этиологические уровни тошноты и рвоты у онкологических больных (кроме стеноза).

Дифференциальная диагностика причин возникновения тошноты и рвоты у онкологических больных основывается на знании объема и топике опухолевого поражения, а также клинической картины. При метастатическом поражении костей черепа, инфильтрации менингеальных оболочек, развитии внутричерепной гипертензии происходит раздражение менингеальных механорецепторов.

При этом тошнота и рвота сопровождается головной болью, появлением положительных менингеальных знаков, отеком соска зрительного нерва. При карциноматозе, метастатическом поражении печени, больших забрюшинных опухолях, а также обструкции мочеточника происходит раздражение механорецепторов серозной оболочки, что приводит к абдоминальному болевому синдрому. При массивном опухолевом поражении в брюшной полости возможно усиление тошноты и рвоты при изменении положения тела. При гиперкальциемии и опухолевой интоксикации раздражаются хеморецепторы триггерной зоны



Рис. 1. Этиологические уровни тошноты и рвоты (кроме стеноза)

рвотного центра. Рвота имеет центральный характер, может сопровождаться нарушением сознания, поли- и никтурией (при гиперкальциемии).

Лечение тошноты и рвоты должно быть патогенетическим. Следует придерживаться ряда принципов: последовательности назначения препаратов сначала первого, а только затем — второго ряда, обязательной коррекции возникших в результате рвоты осложнений, прием препаратов «по часам», а не по потребности. К общим мерам борьбы можно отнести диету с ограничением острой, жирной пищи и алкоголя, прием пищи в вертикальном положении.

К основным противорвотным средствам относят метоклопрамид, домперидон, ондансетрон, димедрол, гиосцин, галоперидол, левопромазин, апрепитант. В таблице 5 представлена характеристика механизмов действия основных противорвотных препаратов.

Лекарственные средства используются в зависимости от непосредственной причины тошноты и рвоты. При повышении внутричерепного давления к лечению добавляют кортикостероиды.

3.2.4. Патологическая икота

Икота — неспецифическое нарушение функции внешнего дыхания, которое возникает в результате серии судорожных толчкообразных сокращений диафрагмы и субъективно проявляется неприятными короткими и интенсивными дыхательными движениями.

Икота может быть вызвана раздражением блуждающего нерва при растяжении желудка, гастроэзофагеальном рефлюксе, гастрите, опухоли печени, асците, кишечной непроходимости. Другой причиной является раздражение диафрагмального нерва при прорастании опухоли средостения, поражение ствола головного мозга, почечная недостаточность.

Таблица 5

Механизм действия основных групп противорвотных средств

Препарат	Антагонизм в отношении рецепторов						
	D2-дофаминовые	H1-гистаминовые	M-ацетилхолиновые	5-HT2-серотониновые	5-HT3-серотониновые	NK-нейрокининовые	
Метоклопрамид	++	-	-	-	+	-	
Домперидон	++	-	-	-	-	-	
Ондансетрон	-	-	-	-	+++	-	
Димедрол	-	++	+	-	-	-	
Гиосцин	-	-	+++	-	-	-	
Галоперидол	+++	-	-	-	-	-	
Левопромазин	++	+++	-	+++	-	-	
Апрепитант	-	-	-	-	-	++	

Лечение патологической икоты состоит в питье холодной воды небольшими глотками, употреблении лимона, задержке дыхания, подгибании колен к груди. Для уменьшения растяжения желудка используют прокинетики, для расслабления гладких мышц — нифедипин, баклофен. Для подавления центрального рефлекса икоты применяют галоперидол, хлорпромазин, кортикостероиды.

3.2.5. Ксеростомия

Ксеростомия — субъективное ощущение сухости в полости рта, связанного с гипосаливацией. Этот симптом отмечают до 90% больных с распространенными формами рака.

Клиническими признаками ксеростомии являются сухость слизистой оболочки полости рта, потеря блеска и бледность слизистой, появление фиссур и долек на спинке языка, ангулярный хейлит, кандидоз, вязкая и тягучая слюна, припухлость слюнных желез.

Немедикаментозные методы лечения включают в себя уход за полостью рта, соблюдение диеты с ограничением сахаросодержащих и высокоуглеводных продуктов. Лекарственная терапия заключается в стимуляции слюноотделения (пилокарпин, галантамин).

3.2.6. Запор

Запор — собирательное понятие для группы функциональных расстройств, проявляющихся стойкой затрудненной, редкой или кажущейся неполной дефекацией.

Запор отмечается у 45% пациентов, направляемых в отделения паллиативной помощи и хосписы.

Основными причинами запоров у онкологических больных с распространенными формами рака являются снижение физической активности, нарушение питания, дегидратация, нарушение моторики кишечника, метаболи-

ческие расстройства, прием ряда лекарственных препаратов (в частности, опиоидов), депрессия.

При оценке состояния пациентов с запором прежде всего необходимо исключить острую кишечную непроходимость. Производится оценка нутритивного статуса, состояния кожных покровов. При исследовании живота обращают внимание на наличие или отсутствие вздутия, напряжения, болезненности. Обязательным является пальцевое исследование прямой кишки. Важное значение имеет обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости.

Лечение запора начинается с соблюдения диеты с повышенным содержанием клетчатки, растительных волокон и питьевого режима (объем потребляемой жидкости должен быть доведен не менее чем до 1,5 л). Фармакотерапия запоров включает в себя слабительные средства. При выборе последних следует придерживаться следующей тактики: при необходимости добиться быстрой дефекации используют очистительные клизмы, солевые слабительные, касторовое масло, бисакодил. Если необходимо обеспечить эвакуацию кишечника в течение 24 часов, то назначают стимулирующие слабительные (антрахиноны, дифеноны). Для длительного использования и курсового лечения применяют осмотические слабительные. Также для лечения запоров применяют прокинетики (антихолинэстеразные препараты).

3.2.7. Диарея

Диарея — это изменение частоты и консистенции стула (частота стула 3 и более раз в сутки при объеме кала не менее 200 г в сутки).

У пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, диарея отмечается в 10% случаев.

Патогенез диареи сводится к ускоренному прохождению содержимого по кишечнику и замедленному всасыванию жидкости из просвета кишки.

Выделяют острую (до 2 недель) и хроническую диарею (более 4 недель).

Причинами развития диареи у онкологических больных чаще всего являются: прием лекарственных препаратов, нарушение процесса всасывания (при опухолях поджелудочной железы, после гастрэктомии и резекции тонкого кишечника).

Лечение диареи включает назначение лоперамида, при спастических болях — холиноблокаторов и с целью улучшения метаболизма жиров — панкреатических ферментов. При диарее, вызванной лучевым лечением, иногда эффективны лечебные клизмы с настоями вяжущих трав.

3.2.8. Механическая желтуха

Механическая желтуха — патологический синдром, обусловленный нарушением оттока желчи из желчных протоков.

Наиболее часто механическая желтуха наблюдается у больных с раком головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка, желчного пузыря, гепатикохоледоха, ворот печени и метастазами рака другой локализации в печень.

Основными признаками являются пожелтение кожных покровов, склер, потемнение мочи, осветление кала, кожный зуд, астения, анорексия, чувство дискомфорта и тянущие боли в правом подреберье. Патогномоничным является симптом Курвуазье: пальпирующийся в правом подреберье увеличенный, гладкий, плотный, слабоболезненный желчный пузырь. В крови отмечается нарастание билирубина, вначале за счет прямой фракции.

При лечении механической желтухи следует стремиться выполнить паллиативное вмешательство, заключающееся в декомпрессии желчевыводящих путей. Возможными методами наружного дренирования являются чрескожная чреспеченочная холангиостомия под УЗ-контролем, различные виды холецистостомии. Предпочтительным, но более тяжелым для пациента является внутреннее дренирование,

закрывающееся в формировании билиодигестивного анастомоза. Оптимальным вариантом паллиативного вмешательства является эндопротезирование желчных протоков.

Симптоматическое лечение гипербилирубинемии заключается в назначении фенобарбитала, рифампицина. Для лечения кожного зуда применяют налтрексон, сертралин, флуоксетин.

3.2.9. Опухолевый асцит

Злокачественный (опухолевый) асцит — патологическое накопление жидкости в брюшной полости, являющееся следствием развития опухолевого процесса.

Чаще всего опухолевый асцит встречается при карциноматозе брюшины.

При сборе жалоб и анамнеза отмечается увеличение веса, снижение аппетита, тошнота, ощущение тяжести и дискомфорта в животе, одышка. При пальпации и перкуссии живота отмечается притупление перкуторного звука в латеральных каналах и шум плеска.

Из дополнительных методов обследования подтвердить диагноз помогут ультразвуковое исследование и компьютерная томография.

Различают асцит 1-й степени (определяемый только по данным УЗИ), 2-й степени (проявляющийся умеренным симметричным увеличением живота), 3-й степени (значительный асцит с выраженным увеличением и растяжением живота).

При напряженном асците, вызывающем явления дыхательной недостаточности, показан лапароцентез. Всем пациентам, независимо от механизма асцита, показано назначение диуретиков.

3.2.10. Нарушения вкусовой чувствительности

Синдромы вкусовых расстройств характеризуются изменением ощущений, возникающих при действии вкусовых веществ на рецепторы языка и слизистой оболочки полости рта,

а также при повреждении различных отделов вкусового анализатора, или спонтанно наступающим ощущением вкуса без соответствующих адекватных раздражителей. Различают субъективные и объективные нарушения вкусовых расстройств.

К субъективным относят дисгевзию (утрату или извращение восприятия некоторых вкусовых раздражителей), парагевзию (возникновение вкусовых ощущений при отсутствии соответствующего раздражителя), вкусовую асимболию (отсутствие вкусовых ощущений). К объективным нарушениям вкусовых расстройств относят агевзию (утрата вкусовой чувствительности), гипогевзию (снижение вкусовой чувствительности), вкусовую гиперестезию (усиление вкусовой чувствительности).

Нарушение вкусовой чувствительности наблюдается у большинства пациентов с распространенными формами рака, значительно снижает качество жизни и приводит к вторичной анорексии.

Основным методом коррекции нарушений вкусовой чувствительности является тщательная гигиена полости рта и диета с преобладанием жирной мясной пищи.

3.3. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

3.3.1. Анемия

Анемия — снижение содержания гемоглобина крови ниже 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин.

Анемия встречается почти у 40% онкологических больных.

Причинами анемии являются собственно неопластический процесс, интеркуррентные инфекции, клональные расстройства гемопоэза, хроническая кровопотеря (чаще при опухолях ЖКТ), аутоиммунный гемолиз, микроангиопатия, фиброз костного мозга, дефицит железа, витамина В₁₂ и фолиевой кислоты, хроническая почечная недостаточность.

Обследование пациентов направлено на установление непосредственной причины и степени тяжести анемии.

Выделяют три степени тяжести анемии, в зависимости от уровня гемоглобина: легкая — уровень гемоглобина выше 90 г/л; средней тяжести — гемоглобин в пределах 90-70 г/л; тяжелая — уровень гемоглобина менее 70 г/л.

Лечение анемии у пациентов 4-й клинической группы направлено на устранение непосредственной причины ее возникновения. В случае развития у пациента геморрагического синдрома, чаще при опухолях ЖКТ, возможно применение гемостатиков. У пациентов с той или иной формой дефицита железа целесообразно применение препаратов железа. При уровне гемоглобина ниже 70 г/л возможно применение трансфузии компонентов крови. Данные о назначении препаратов эритропоэтина в паллиативной медицине противоречивы.

3.4. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Кровотечение является одной из основных причин смерти онкологических больных. Основными причинами развития геморрагического синдрома являются: опухолевая инвазия, нарушения коагуляции, связанные с гепарининдуцированной тромбоцитопенией и передозировкой антикоагулянтов, инфекционный процесс, язвенная болезнь или симптоматические язвы желудочно-кишечного тракта.

Лечение включает в себя применение гемостатических средств, трансфузионную терапию, антимикробную терапию (при инфекционном процессе). При носовом кровотечении используют тампонаду и коагуляцию. При кровотечении из ротовой полости применяют суспензию сукральфата. При кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта к лечению добавляют ингибиторы протонной помпы, из нижних — транексамовая кислота ректально.

3.5. ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ

Гиперкальциемия встречается приблизительно у 10% больных со злокачественными опухолями, чаще при раке молочной железы (20–40%), плоскоклеточном раке легкого и миеломной болезни. Главной причиной гиперкальциемии является индуцированное ростом опухоли усиленное высвобождение кальция из костной ткани. Диагноз гиперкальциемии основывается на особенностях клинических проявлений и подтверждается данными исследований крови.

Клиника гиперкальциемии включает в себя общие симптомы (обезвоживание, слабость, похудание, усталость, жажда), симптомы со стороны ЦНС (головная боль, гипорефлексия, апатия, заторможенность, судороги, спутанность сознания), со стороны ЖКТ (анорексия, тошнота, рвота, запоры, панкреатит, метеоризм), со стороны сердечно-сосудистой системы (брадикардия, гипотония, аритмии), со стороны мочевыделительной системы (полиурия, азотемия, почечная недостаточность).

Важное значение в диагностике придается уровню кальция в сыворотке крови: норма 2–2,5 ммоль/л, легкая гиперкальциемия — 2,5–3 ммоль/л, умеренная гиперкальциемия — 3–3,5 ммоль/л, тяжелая гиперкальциемия (гиперкальциемический криз) — более 3,5 ммоль/л.

Лечение гиперкальциемии улучшает качество жизни больных и требует неотложных мероприятий: гидратации и кальцийуреза (физиологический раствор и фуросемид), введения бисфосфонатов и глюкокортикоидов. В таблице 6 представлены причины, клинические проявления и принципы коррекции гиперкальциемии у больных прогрессирующим раком.

3.6. ЛИМФАТИЧЕСКИЙ ОТЕК

Лимфатический отек (лимфедема) у онкологических больных возникает из-за нарушения нормального лимфооттока вследствие опухолевой инфильтрации или осложнений

противоопухолевого лечения. Лимфедема часто сопутствует хроническому воспалению или фиброзу мягких тканей и может встречаться в любой части тела, но чаще всего на конечностях. При прогрессировании отека и неэффективности лечения наступает истощение пациента, так как покидающая сосудистое русло лимфа содержит большое количество белка. Клинически отмечается увеличение объема конечности, которое не проходит при возвышенном ее положении, одновременно страдает функция конечности, а при растяжении тканей и/или сдавлении нервных структур отмечается боль. Пациенты испытывают психологический стресс из-за неприглядности своего внешнего вида и трудностей с ношением одежды или обуви. Причинами развития лимфедемы могут стать последствия хирургического лечения (в том числе инфекционные осложнения), постлучевой фиброз, опухолевая инфильтрация. В лечении ведущее значение имеют ги-

Таблица 6

Клинические проявления и принципы коррекции гиперкальциемии у больных прогрессирующим раком

Причина	Клинические проявления	Лечение
<p>Злокачественный опухолевый процесс (с метастазами в костях и или без них)</p> <p>Прием эстрогенов, тамоксифена и т.п.</p> <p>Несвязанные с раком: гипо- и адинамия, алиментарный избыток кальция и витамина D, прием мочегонных средств, первичный гиперпаратиреоз</p>	<p>Желудочно-кишечные: ксеростомия, анорексия, тошнота и рвота, запор, боли в животе</p> <p>Почечные: полиурия, дегидратация</p> <p>Неврологические: повышенная утомляемость, прогрессирующая мышечная слабость, апатия, раздражительность, спутанность сознания</p> <p>Другие: усиление боли в костях, кожный зуд</p>	<p>Внутривенная регидратация изотоническими кристаллоидными растворами (до 3 л/сут) с последующим введением бисфосфонатов (бондронат 2-4 мг, памидронат 30-60 мг, клодронат 1500 мг)</p>

гиенические процедуры: осторожное мытье и подсушивание кожи с наложением увлажняющих кремов. Также используют местное лечение сопутствующего микоза, системную антибиотикотерапию сопутствующей инфекции. Применяют умеренное тугое бинтование или специальные эластичные предметы одежды. При наличии явных признаков венозного компонента отеков прибегают к назначению диуретиков.

3.7. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

3.7.1. Астения

Астения (патологическая слабость) — стойкое субъективное ощущение генерализованного психического и физического истощения, препятствующего привычной повседневной активности. Астения наблюдается у 60–70% пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. К основным факторам развития астении у онкологических больных относят: хроническую боль, интоксикацию, анемию. Кроме того, значение имеют побочные эффекты лечения, психологические факторы: депрессия, тревога, нарушение сна; ряд метаболических факторов: похудание, изменение нутритивного статуса, развитие бессонницы. Лечебные мероприятия направлены на устранение и коррекцию причин слабости (адекватная терапия болевого синдрома, применение антидепрессантов, снотворных средств, коррекция анемии и электролитных нарушений). Немедикаментозные средства включают индивидуальный режим физической нагрузки, коррекцию нарушений питания. Также используются психостимуляторы, малые дозы кортикостероидов.

3.7.2. Кахексия

Кахексия — прогрессирующее уменьшение массы тела за счет диспропорционального истощения мышечной и жировой ткани. Синдром кахексии является одним

из наиболее распространенных у онкологических больных и прямо или косвенно является причиной смерти до 20% пациентов. Наличие кахексии является неблагоприятным прогностическим признаком.

Диагностическими критериями раковой кахексии являются: необъяснимая потеря веса ($\geq 5\%$), ИМТ $< 20 \text{ кг/м}^2$ у лиц в возрасте до 65 лет и $< 22 \text{ кг/м}^2$ у лиц старше 65 лет, альбумин сыворотки $< 35 \text{ г/л}$, низкая безжировая масса тела (10%), признаки избыточного образования цитокинов (например, повышенное содержание С-реактивного белка).

Зачастую причиной развития кахексии могут служить последствия радикальной резекции опухолей пищеварительного тракта, проведенной лучевой терапии.

Лечение включает в себя немедикаментозные и лекарственные меры. К немедикаментозным мероприятиям относят коррекцию диеты: частый прием пищи небольшими порциями, гиперкалорийная пища, использование естественных стимуляторов аппетита.

Фармакотерапия должна носить индивидуальный комплексный характер. В таблице 7 представлены принципы фармакотерапии раковой кахексии.

При проведении нутриционной поддержки следует отдавать предпочтение энергетическим смесям для перорального питания. Домашнее полное парентеральное питание является рациональным выбором для пациентов с далеко зашедшим опухолевым процессом при наличии дисфагии и хронической обструкции ЖКТ, адекватным контролем главных, не относящихся к питанию симптомов.

3.7.3. Патологическая жажда и дегидратация

Жажда — физиологическое ощущение, относящееся к разряду общих чувств и служащее сигналом того, что организм нуждается в воде. Наиболее частая причина жажды — дегидратация.

Таблица 7

Фармакотерапия раковой кахексии

Препараты	Механизм действия	Эффективность
Бортезомиб	Прямой ингибитор убиквитина (ингибирование протеосом)	Увеличение сухой массы тела
Эйкозопентаеновая кислота	Ингибирование NF-κB	Увеличение сухой массы тела
Инфликсимаб	Ингибирование цитокинов	Стабилизация веса
Мегестрола ацетат	Стимулятор аппетита	Увеличение массы тела за счет жировой ткани и жидкости Улучшение качества жизни
Стероиды	Анаболический эффект	Увеличение массы тела за счет жировой ткани и жидкости Улучшение качества жизни
НПВС	Ингибирование цитокинов	Увеличение массы тела Улучшение качества жизни

Дегидратация — состояние, обусловленное потерей внутриклеточной жидкости и характеризующееся постепенным обезвоживанием клеток, повышением концентрации натрия в сыворотке крови и увеличением осмолярности плазмы.

Выделяют гипотоническую, изотоническую и гипертоническую дегидратацию в зависимости от соотношения потерь воды и электролитов. Для гипотонической характерны низкий уровень натрия в крови, снижение объема внеклеточной жидкости, быстрое развитие гемодинамических нарушений (например, при использовании диуретиков). При изотонической дегидратации потери воды пропорциональны потерям электролитов (развиваются при рвоте и диарее). Гипертони-

ческая дегидратация характеризуется снижением объема внутриклеточной жидкости (возникает на фоне лихорадки).

Пациенты предъявляют жалобы на жажду, сухость слизистых и кожи, общую слабость, судорожное сокращение мышц, постуральное головокружение, олигоурию и потемнение мочи.

При лечении дегидратации следует в первую очередь устранить причину ее развития (рвоту, диарею, кишечную непроходимость и т.д.). При сохраненной способности в пероральном питании рекомендуется употребление от 1600 до 2400 мл жидкости в сутки. В рационе необходимо увеличить содержание жидких блюд и уменьшить употребление кофеинсодержащих напитков, соблюдать гигиену ротовой полости.

3.8. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Неврологические нарушения встречаются у 15–20% онкологических больных и чаще всего связаны с прогрессированием рака легкого, молочной железы, толстой кишки, предстательной железы, головы и шеи, а также опухолей женских половых органов. Причиной развития неврологической симптоматики в подавляющем проценте случаев являются: метастазы в головной мозг, эпидуральная компрессия спинного мозга, лептотомингеальные метастазы и различные нейропатии.

3.8.1. Метастазы в головной мозг

Метастатическое поражение головного мозга встречается в 10 раз чаще первичных опухолей. Почти две трети всех церебральных метастатических поражений приходится на прогрессирование рака легкого и молочной железы.

Симптомы метастатического поражения головного мозга зависят от топики и массивности очагов. Наиболее часто встречаются нарушения когнитивной и поведенческой функции в сочетании с головной болью, слабость, судороги и атаксия. Начальные проявления менингеального статуса характеризуются сонливостью, апатией, раздражи-

тельностью, снижением памяти. Нарушения чувствительности и походки чаще односторонние.

Инструментальная диагностика метастатического поражения головного мозга базируется на данных КТ или МРТ головного мозга.

Лечение пациентов, не подлежащих паллиативному хирургическому вмешательству или лучевой терапии, как правило, сводится к применению дексаметазона (до 16 мг в сутки), антиконвульсантов (при присоединении судорожного синдрома) и профилактических доз низкомолекулярных гепаринов (для профилактики тромбоза глубоких вен и эмболии).

3.8.2. Лептоменингеальные метастазы

Лептоменингеальные (карциноматоз менингеальных оболочек) метастазы наблюдаются у 5–8% онкологических больных, чаще при раке легкого, молочной железы и меланоме, и характеризуют далеко зашедшую стадию опухолевой прогрессии.

Клиническая картина складывается из симптомов поражения нервной системы на различном уровне. Чаще всего поражается менингеальная оболочка спинного мозга, что проявляется болями в шее и спине, асимметрией рефлексов и слабостью в конечностях. Также могут наблюдаться менингеальные «знаки», параличи черепных нервов, нарушения зрения и слуха, диплопия, дисфагия, онемение лица.

Диагностика лептоменингеальных метастазов основывается на клинической картине, данных МРТ и люмбальной пункции с цитологическим исследованием цереброспинальной жидкости.

При невозможности проведения интратекальной химиотерапии и паллиативной лучевой терапии назначают дексаметазон. Добиться уменьшения неврологического дефицита, как правило, не удается.

3.8.3. Повышение внутричерепного давления

Причиной появления повышенного внутричерепного давления у онкологических больных чаще всего являются метастатическое поражение и первичные опухоли головного мозга.

Повышение внутричерепного давления характеризуется появлением интенсивной головной боли, усиливающейся при положении тела лежа или при напряжении, часто сопровождаемой рвотой, судорогами, диплопией, беспокойством, приводящим к нарушению сна.

Ведущими методами диагностики являются КТ или МРТ головного мозга и фундоскопия, при которой отмечается отек соска зрительного нерва.

Лечебные мероприятия включают в себя придание головному концу кровати возвышенного положения во время сна и отдыха. Лекарственная терапия включает в себя кортикостероиды (дексаметазон) и маннитовый диурез (25–100 г маннита внутривенно) в случае появления угрозы «вклинения».

3.8.4. Коррекция судорожного синдрома

Генерализованные судороги встречаются у 1% больных с диссеминированным опухолевым процессом, и чаще всего встречаются при первичном или вторичном поражении головного мозга.

По своим клиническим проявлениям судороги при опухолевом поражении головного мозга не отличаются от таковых у больных эпилепсией. Судороги могут носить и очаговый характер, причиняя выраженный моральный дискомфорт.

Диагностика включает в себя сочетание клинической картины и опухолевого поражения головного мозга по данным КТ или МРТ.

Профилактическое лечение судорожного синдрома у пациентов данной группы, как правило, не проводится. В случае клинической манифестации назначают антикон-

вульсанты (фенитоин, клоназепам, карбомазепам). В связи с тем, что многие пациенты не имеют возможности принимать лекарственные препараты перорально (в связи с развитием дисфагии), необходимо применять другие пути введения (ректальный, подкожный, внутривенный).

3.8.5. Бессонница

Причинами возникновения ночного сна (бессонницы) у онкологических больных являются болевой синдром, нарушение дыхания, лихорадка, избыточное потоотделение, кожный зуд, никтурия, беспокойство, депрессия, страх смерти.

Выделяют следующие виды бессонницы: транзиторную (длительностью менее 2 недель), кратковременную (от 2 до 4 недель) и хроническую (более 4 недель).

Предрасполагающими факторами являются: женский пол, пожилой возраст, наличие тревожных и депрессивных расстройств, повышенная возбудимость.

Предложены следующие диагностические критерии бессонницы:

- Нарушение сна:
 - затруднение засыпания (более 30 мин),
 - нарушение непрерывности сна (ночные пробуждения более 30 мин),
 - раннее пробуждение,
 - отсутствие чувства свежести после сна или плохое качество сна).
- Расстройство ночного сна нарушает нормальное функционирование в течение дня.
- Нарушение сна не реже трех ночей в неделю.
- Продолжительность ночного сна менее 6 часов.
- Расстройство сна возникает, несмотря на обеспечение нормальных условий.

Лечение должно быть комплексным и включать в себя устранение явно провоцирующих факторов, лекарствен-

ную терапию — назначение бензодиазепинов (триазолам, оксазепам, клоназепам), а при их неэффективности — чистых гипнотиков (зопиклон, золпидем). Нарушение непрерывности или продолжительности сна корригируется антидепрессантами с седативным эффектом (амитриптилин, доксепин, миртазапин, оланзапин).

3.9. УРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

У больных прогрессирующим раком наиболее часто встречаются дизурия, частое и/или болезненное мочеиспускание, недержание мочи, задержка мочи, спазм мочевого пузыря, гематурия, почечная недостаточность.

3.9.1. Дизурия

Дизурия — нарушение процесса мочеиспускания (выделения мочи), которое может проявляться несколькими признаками: нарушением накопления мочи в мочевом пузыре; нарушением выделения мочи (боль при мочеиспускании, несвоевременное или неосознанное опорожнение мочевого пузыря, неполное опорожнение мочевого пузыря и др.).

Причинами дизурии у пациентов с запущенными формами злокачественных опухолей могут быть болевой синдром, гиперкальциемия (сопровождающаяся полиурией), интра- и экстрапузырное механическое раздражение, спазм мочевого пузыря.

Лекарственная терапия включает в себя амитриптилин 25–50 мг однократно вечером. Возможно применение временной катетеризации мочевого пузыря и промывание его уроантисептиками (при интра- и экстрапузырном механическом раздражении, наличии признаков цистита).

3.9.2. Задержка мочи

В случае выявления у пациента задержки мочи (ишурия) необходимо выполнить катетеризацию мочевого пузыря. При диагностике данного состояния следует помнить

о возможности возникновения парадоксальной ишурии, при которой мочеиспускание сохраняется, но происходит «малыми порциями» и сопровождается постепенным увеличением количества остаточной мочи.

Причинами задержки мочи у онкологических больных чаще всего служат первичное или метастатическое поражение мочевого тракта при раке предстательной железы, мочевого пузыря, прямой кишки.

При невозможности выполнить катетеризацию мочевого пузыря производят эпицистостомию. Пациентам после катетеризации мочевого пузыря или наложения эпицистостомы необходимо обеспечить правильный уход за катетером. Следует помнить, что частые промывания его обеспечивают надежный отток мочи, но повышают риск возникновения инфекционных осложнений, особенно при длительной катетеризации. Длительная катетеризация мочевого пузыря показана при атонии мочевого пузыря, постоянной обструкции или недержании мочи, пролежнях, промежностных ранах или инфекционных процессах, осложненных недержанием мочи, а также при необходимости создания максимального удобства для неизлечимого онкологического пациента.

3.9.3. Гематурия

Возникновение гематурии у онкологических больных чаще всего обусловлено первичным или метастатическим поражением мочевого тракта.

Микрогематурия — выявление крови при микроскопическом исследовании мочи. Макрогематурия — выявление крови в моче при визуальном ее исследовании.

Макрогематурия требует катетеризации мочевого пузыря и проведения гемостатической терапии, как системной, так и местной — через установленный катетер (при поражении мочевого пузыря). Следует часто промывать катетер для предупреждения его закупорки кровяными сгустками.

3.9.4. Почечная недостаточность

Почечная недостаточность может развиваться у онкологических больных по разным причинам, связанным: с развитием болезни, со специализированным лечением и наличием сопутствующей патологии.

Причины почечной недостаточности разделяют на преренальные, собственно ренальные и постренальные или обструктивные. Примером преренальных факторов может быть любое уменьшение объема циркулирующей крови: недостаточный прием жидкости; рвота, диарея, желудочно-кишечный свищ; полиурия (гиперкальциемия, сахарный и несахарный диабет), диуретическая терапия, кровопотеря. В такой ситуации снижение почечной перфузии вызывает почечную недостаточность. Снижение почечной перфузии происходит также на фоне отечных состояний, таких как асцит и кишечная непроходимость.

К ренальным факторам относят непосредственные и опосредованные поражения почек опухолевым процессом. К почечным нарушениям могут приводить различные метаболические аномалии, связанные с раком. Миелома и другие патологические состояния, сопровождающиеся парапротеинемией, могут привести к развитию почечных нарушений вследствие циркуляторной гипервязкости или из-за отложения легких цепей (протеин Бенс-Джонса) в почках. Гипервязкость, которая связана с парапротеинемией или с повышенным числом клеток крови (полицитемия, гиперлейкоцитоз), вызывает почечные нарушения.

Постренальные причины развития почечной недостаточности заключаются в обструкциях мочевыводящих путей.

Диагностические мероприятия включают в себя биохимический анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ почек и мочевыводящих путей.

Лечение почечной недостаточности зависит от причины, степени нарушений и стадии заболевания пациента. При не-

выраженных нарушениях лечение необязательно, хотя следует избегать какого-либо дополнительного нефротоксического воздействия. Больных с далеко зашедшим опухолевым процессом, которым специальное лечение не показано и жизненный прогноз ограничен, лучше лечить без диализа. У большинства неоперабельных онкологических больных с явлениями нарастающей почечной недостаточности, вызванной тазовой билатеральной обструкцией мочеточников, оправданны попытки их катетеризации или стентирования. При неудаче или недостаточной их эффективности возможно наложение нефростомы, желательно с последующим туннелированием нефростомической трубки.

Контрольные материалы к главе 3

Задания в тестовой форме

Выберите один правильный ответ

1. Показания к назначению бисфосфонатов:

- а) гипокальциемия
- б) профилактика патологических переломов
- в) остеопластические метастазы
- г) остеосклероз

2. Показания к назначению колониестимулирующих факторов:

- а) иммуностимуляция
- б) профилактика отдаленного метастазирования
- в) нейтропения
- г) для уменьшения доз цитостатиков без потери их противоопухолевой эффективности

3. В первую очередь при бессоннице необходимо:

- а) назначить снотворные препараты
- б) провести психотерапию

- в) назначить антидепрессанты
- г) выяснить причину бессонницы

4. Купировать икоту помогает:

- а) обильное питье
- б) слабительные
- в) метоклопрамид
- г) все перечисленные средства

5. При одышке, вызванной канцероматозом легких, применяют:

- а) кортикостероиды
- б) опиаты
- в) бензодиазепины
- г) все перечисленные средства

6. Дисфагия может быть обусловлена:

- а) грибковой инфекцией
- б) опухолью пищевода
- в) опухолью шеи или средостения
- г) всеми перечисленными факторами

7. Причиной одышки у онкологического больного может быть:

- а) анемия
- б) почечная недостаточность
- в) прием морфина
- г) а + б

8. Выбор тактики паллиативной медицинской помощи зависит:

- а) от локализации опухоли
- б) от возраста пациента
- в) от стадии опухолевого процесса
- г) от стадии опухолевого процесса и жизненного прогноза

9. Наиболее эффективно лечение одышки:

- а) кортикостероидами
- б) ингаляцией увлажненного кислорода
- в) опиатами
- г) методами управления дыханием

10. Причиной кашля у онкологического больного может быть:

- а) опухоль средостения
- б) кахексия
- в) прием кортикостероидов
- г) прием опиоидных анальгетиков

11. Симптоматическое лечение кашля предусматривает:

- а) назначение опиатов
- б) эндоскопическую резекцию опухоли
- в) брахитерапию
- г) системную химиотерапию

12. Диспепсия может быть вызвана:

- а) метастазами в кости скелета
- б) назначением бисфосфонатов
- в) приемом НПВС
- г) приемом транквилизаторов

13. При тошноте и рвоте вследствие снижения моторики желудка эффективны:

- а) зофран
- б) галоперидол
- в) метоклопрамид
- г) атропин

14. При тошноте и рвоте на фоне радиотерапии эффективны:

- а) зофран
- б) галоперидол
- в) метоклопрамид
- г) все перечисленные

15. При кишечной непроходимости на фоне канцероматоза брюшной полости и/или массивного быстро набирающегося после лапароцентеза асцита больному показано:

- а) срочное хирургическое вмешательство
- б) тактика лечения зависит от общего состояния
- в) парентеральное питание и инфузионная терапия
- г) только симптоматическая терапия

16. Мочевой пузырь иннервируется автономным отделом нервной системы:

- а) парасимпатическим
- б) симпатическим
- в) парасимпатическим и симпатическим
- г) правильного ответа нет

17. Для лечения гиперкальциемии назначают:

- а) инфузионную терапию до 3 л в сутки
- б) внутривенное введение бифосфонатов
- в) инфузионную терапию до 3 л в сутки и внутривенно бифосфонаты
- г) внутривенное введение бифосфонатов и кортикостероидов

18. Параллегию вызывает сдавливание спинного мозга на уровне:

- а) выше L1 — L2
- б) ниже L1 — L2
- в) выше Th7 — Th8
- г) правильного ответа нет

19. Поражение только периферических нервов вызывается повреждением на уровне:

- а) выше L1 — L2
- б) ниже L1 — L2

- в) выше Th7 — Th8
- г) правильного ответа нет

20. Наиболее часто при сдавливании спинного мозга встречается:

- а) нарушение сна
- б) боль
- в) потеря аппетита
- г) тошнота и рвота

21. При сдавливании спинного мозга эффективны:

- а) НПВС
- б) антрациклины
- в) бисфосфонаты
- г) кортикостероиды

22. Причина кожного зуда у онкологических больных:

- а) гиперкальциемия
- б) почечная недостаточность
- в) паранеопластический синдром
- г) гипокальциемия

23. При эмболии легочной артерии больному распространенным раком проводится:

- а) стандартная гепаринотерапия с последующим переводом на пероральный прием антикоагулянтов
- б) стандартная гепаринотерапия с последующим переводом на пероральный прием антикоагулянтов, если прогноз жизни составляет несколько месяцев и больше
- в) только симптоматическая терапия
- г) пероральный прием антикоагулянтов

24. Кровохарканье отличается от желудочного или носоглоточного кровотечения:

- а) предшествующим или сопутствующим кашлем, при этом кровь яркая, пенистая, часто с примесью мокроты
- б) наличием рвотных движений, более темным или коричневым цветом крови, иногда с примесью пищи
- в) ярким цветом крови, причину кровотечения можно обнаружить при исследовании полости рта и носоглотки
- г) правильного ответа нет

25. При специфическом плеврите блеоцин вводится внутриплеврально:

- а) как цитостатик
- б) как склерозант
- в) как анальгетик
- г) правильного ответа нет

26. При лимфедеме главным лечением является:

- а) прием мочегонных
- б) давящее бинтование
- в) тщательный уход за кожей
- г) б + в

27. Отеки могут быть вызваны:

- а) нарушением лимфооттока
- б) низким онкотическим давлением плазмы
- в) задержкой ионов натрия
- г) всеми перечисленными факторами

28. Тошнота и рвота могут возникать при:

- а) раке желудка
- б) анемии
- в) лейкопении II ст.
- г) правильного ответа нет

29. При переполнении калом кишечника чаще возникает:

- а) запор
- б) понос
- в) боль в животе
- г) одышка

30. Лечение психомоторного возбуждения наиболее эффективно:

- а) иммобилизацией пациента
- б) психотерапией
- в) комплексной медикаментозной терапией
- г) транквилизаторами

Контрольные вопросы

1. Назовите основные группы нарушений гомеостаза, возникающие у онкологических больных с распространенными формами злокачественных опухолей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.
2. Какова основная цель оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим больным?
3. Какие формы нарушения дыхания чаще всего встречаются у онкологических больных?
4. Назовите основные факторы развития одышки у пациентов с онкопатологией.
5. Как производится оценка степени тяжести одышки?
6. Какие методы обследования имеют ведущее значение при диагностике одышки у пациентов с запущенными формами злокачественных опухолей?
7. Методы лечения одышки у онкобольных.
8. Каковы причины появления кашля у пациентов с опухолевой патологией?
9. Как проводится оценка интенсивности кашля?

10. Назовите основные немедикаментозные мероприятия, используемые при борьбе с кашлем у онкобольных.
11. Перечислите препараты, применяемые при лечении кашля у пациентов с онкопатологией.
12. Дайте определение кровохарканью.
13. Дифференциальная диагностика причин кровохарканья.
14. Принципы терапии кровохарканья.
15. Определение и диагностика дисфонии.
16. Терминальная респираторная гиперсекреция: определение, методы коррекции.
17. Назовите основные виды желудочно-кишечных расстройств у пациентов с запущенными формами злокачественных новообразований.
18. Причины развития стоматита у онкобольных.
19. Классификация стоматита по степени тяжести.
20. Принципы ухода за ротовой полостью как профилактика стоматита.
21. Лечение стоматита у онкобольных.
22. Синдром сдавления желудка: причины, диагностика, лечение.
23. Причины возникновения тошноты и рвоты у онкобольных.
24. Классификация тошноты и рвоты по степени тяжести.
25. Дифференциальная диагностика тошноты и рвоты у пациентов с опухолевой патологией.
26. Механизмы действия основных групп противорвотных лекарственных средств.
27. Причины возникновения патологической икоты.
28. Принципы коррекции патологической икоты.
29. Ксеростомия: клиническая картина, принципы коррекции.

30. Запоры у онкобольных: причины развития и принципы терапии.
31. Диарея у онкобольных: причины развития и принципы коррекции.
32. Механическая желтуха опухолевого генеза: этиология и патогенез.
33. Дифференциальная диагностика механической желтухи.
34. Принципы хирургической коррекции механической желтухи у пациентов с распространенными формами опухолевого процесса.
35. Опухолевый асцит: причины развития и методы коррекции.
36. Показания к лапароцентезу.
37. Нарушение вкусовой чувствительности: причины и принципы коррекции.
38. Основные типы гематологических расстройств у онкобольных.
39. Принципы коррекции анемии у пациентов с запущенными формами злокачественных новообразований.
40. Кровотечения у онкобольных 4-й клинической группы.
41. Гиперкальциемия у онкобольных: клиническая картина и диагностика.
42. Лечение гиперкальциемии у онкобольных.
43. Лимфатический отек у пациентов с онкопатологией: причины возникновения и принципы коррекции.
44. Основные виды конституциональных нарушений у пациентов с запущенными формами злокачественных опухолей.
45. Астения: определение, причины возникновения и методы коррекции.

46. Кахексия: определение, причины возникновения и методы коррекции.
47. Патологическая жажда: причины возникновения, клиническая картина и методы коррекции.
48. Основные виды неврологических нарушений у онкобольных.
49. Метастатическое поражение головного мозга: клиническая картина.
50. Диагностика и принципы паллиативной помощи больным с метастатическим поражением головного мозга.
51. Лептоменингеальные метастазы: клиническая картина, диагностика и принципы паллиативной помощи.
52. Повышение внутричерепного давления при запущенных формах злокачественных опухолей: этиология, клиника, паллиативная помощь.
53. Коррекция судорожного синдрома в паллиативном лечении онкобольных.
54. Бессонница у пациентов онкологического профиля: причины, классификация.
55. Лечение бессонницы у онкобольных 4-й клинической группы.
56. Виды урологических нарушений у онкобольных.
57. Дизурия: определение, диагностика.
58. Принципы коррекции дизурических расстройств у онкобольных.
59. Причины развития задержки мочи у онкобольных.
60. Показания к длительной катетеризации мочевого пузыря.
61. Гематурия: причины и методы паллиативной помощи.
62. Почечная недостаточность у онкобольных 4-й клинической группы: классификация причин возникновения и методы коррекции.

Глава 4

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Паллиативное хирургическое лечение направлено на устранение или облегчение патологических симптомов. Наиболее частыми показаниями к паллиативному хирургическому лечению являются болевой синдром, кровотечение, обструкция ЖКТ, перфорация полого органа, опухолевый плевральный выпот или асцит, механическая желтуха, обструкция дыхательных путей, патологические переломы костей, санитарное удаление распадающейся опухоли, стеноз спинномозгового канала.

4.1. ОПУХОЛЕВЫЙ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ (ОПВ)

Плевральный выпот — патологическое накопление жидкости в плевральной полости. В норме в плевральной полости содержится 5-15 мл жидкости. Опухолевый плевральный выпот наблюдается приблизительно у 15% онкологических пациентов, как правило, является экссудатом и представляет собой неблагоприятный прогностический признак. Наиболее часто ОПВ встречается при раке легкого, молочной железы, лимфомах, раке яичников и является основным клиническим проявлением мезотелиомы плевры.

Обследование: Клинические проявления — одышка, кашель, боль в грудной клетке плеврального характера. У ряда пациентов с ОПВ клинические проявления отсут-

ствуют или мало выражены и зависят от объема жидкости в плевральной полости (при объеме выпота менее 300 мл данные физикального обследования не информативны).

Наиболее распространенные признаки плеврального выпота:

- Асимметрия грудной клетки при дыхании.
- Асимметрия голосового дрожания.
- Притупление перкуторного звука.
- Отсутствие дыхательных шумов.
- Шум трения плевры.

Дополнительные методы обследования:

Рентгенография (небольшое количество жидкости на снимке в прямой проекции, может быть не заметно. В этих случаях более чувствительной является рентгенография в положении лежа на боку).

Рентгеноскопия — более информативна (растекание жидкости при наклоне вбок).

УЗИ плевральной полости — наиболее информативный метод, особенно при небольших по объему ОПВ + позволяет произвести точную разметку места для выполнения торакоцентеза.

Лечение: Торакоцентез или плевральная пункция — основная врачебная манипуляция при лечении ОПВ. При небольшом объеме жидкости или отсутствии рецидива после торакоцентеза можно ограничиться наблюдением. Простая аспирация (повторные плевральные пункции с проведением аспирации жидкости) рекомендуются для лечения пациентов с малой ожидаемой продолжительностью жизни (несколько недель). Максимальный объем жидкости, эвакуированной за 1 сеанс, не должен превышать 1,5 л. Частота рецидива ч/з 1 месяц при проведении только торакоцентеза с аспирацией жидкости достигает 100%. Возможные осложнения: ранение легкого, пневмоторакс, гемоторакс, ранение межреберной артерии. Дренажирование плевральной

полости с помощью дренажной системы без проведения последующего плевродеза не рекомендуется из-за высокой частоты рецидива. Пациентам с благоприятным ближайшим прогнозом рекомендовано проведение химического плевродеза. При этой процедуре в плевральную полость вводятся вещества, приводящие к асептическому воспалению и адгезии висцерального и париетального листков плевры, что приводит к облитерации плевральной полости. Техника плевродеза: дренирование плевральной полости → эвакуация жидкости с рентгенологическим подтверждением расправления легкого → внутривидеоплевральная анестезия — не менее 25 мл. 1% раствора лидокаина → введение склерозирующего вещества через дренажную трубку (стерильный тальк, тетрациклин, доксициклин, блеомицин) и пережатие дренажной трубки на 1 час → дренаж удаляют через 12-72 часа (если легкое остается расправленным).

Методика выполнения торакоцентеза

Каждый врач должен владеть методикой выполнения торакоцентеза. Показанием к торакоцентезу является обнаружение в плевральной полости (ПП) жидкости или воздуха с целью ликвидации гидро- и пневмоторакса и — иногда — выполнения плевродеза. Кроме того плевральная пункция используется для определения этиологии плеврального выпота и введения лекарственных препаратов.

Относительные противопоказания включают нечеткое определение локализации жидкости при исследовании; минимальный объем жидкости; измененную анатомию грудной стенки; геморрагические диатезы; неконтролируемый кашель и коагулопатию. Никаких абсолютных противопоказаний к торакоцентезу не существует, кроме отказа или неспособности дать согласие на процедуру.

Место пункции. Пункция плевральной полости производится в том месте, где обнаруживается скопление жид-

кости. Наличие и местоположение плевральной жидкости подтверждается физикальным исследованием (перкуссия и аускультация грудной клетки) и визуализирующими методами. Лучшими способами определения расположения жидкости являются рентгенография/скопия грудной клетки, если рентгенологическое исследование сомнительно, если предшествующие попытки торакоцентеза были неудачны, или если жидкость разделена на части, целесообразно провести ультрасонографию или КТ. Наиболее подходящими местами для пункции ПП являются следующие точки: под VIII и IX ребром по лопаточной линии, под VII ребром по средней подмышечной линии, под V и VI ребром по передней подмышечной линии. При большом количестве жидкости в плевральной полости, что приводит к смещению диафрагмы книзу, проколы можно делать на одно межреберье ниже, при высоком стоянии куполов диафрагмы проколы надо делать выше.

Техника. Торакоцентез лучше всего выполняется пациенту, сидящему вертикально с наклоном немного вперед с опорой на руки. Рука пациента, соответствующая стороне прокола (или обе руки), должна быть приподнята и удерживаться в этом положении. Это обеспечивает расширение межреберных промежутков и отведение угла лопатки (рис. 1).



Рис. 1. Оптимальное положение пациента при выполнении торакоцентеза

Определив место пункции, кожу в зоне манипуляций обрабатывают антисептиками, место пункции анестезируется: 0,5% раствор новокаина иглой 25-го размера. Большая (калибра 20 или 22) игла с анестезирующим средством после этого проводится по верхней границе ребра. Игла продвигается с периодическим втягиванием (чтобы избежать случайного попадания в кровеносный сосуд и внутрисосудистой инъекции), и анестезирующее средство вводится постепенно в более глубокие слои. Самый болезненный слой после кожи — париетальная плевра, которая должна быть инфильтрирована наиболее сильно. Игла после этого продвигается через париетальную плевру, пока плевральная жидкость не аспирируется, на этом уровне должна быть отмечена глубина иглы. Иглу для торакоцентеза большого диаметра (размер 16-19) проводят через кожу и подкожные ткани по верхней границе ребра в выпот приблизительно на ту же самую глубину, которая отмечена в ходе анестезии. Иглу соединяют с трубкой, имеющей переходник для подсоединения банки Боброва (рис. 2), накопителя или плевротососа.

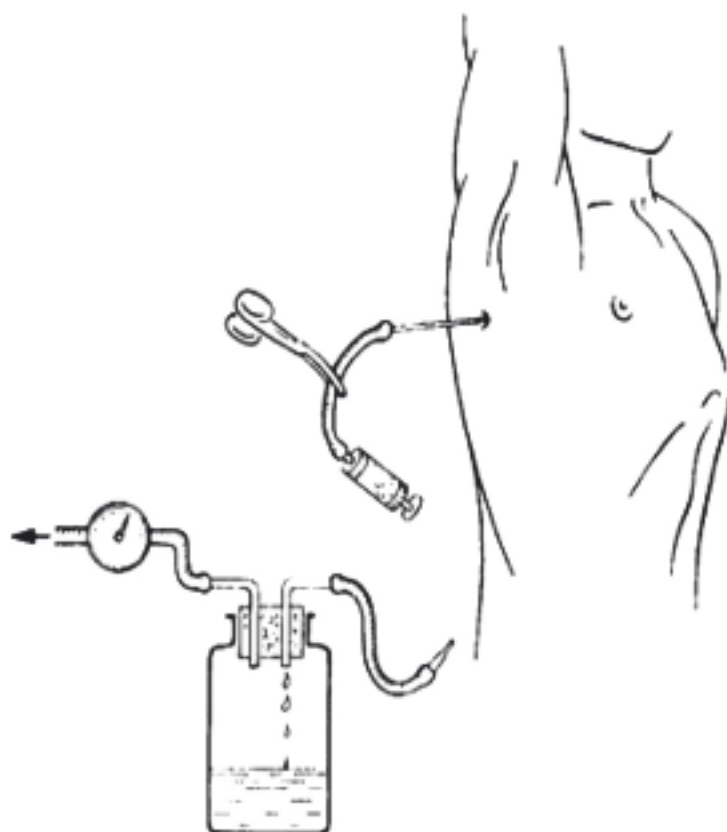


Рис. 2. Аспирация плеврального экссудата шприцем или плевротососом

В настоящее время широко используются одноразовые наборы для торакоцентеза (рис. 3).



Рис. 3. Стерильный одноразовый набор для торакоцентеза

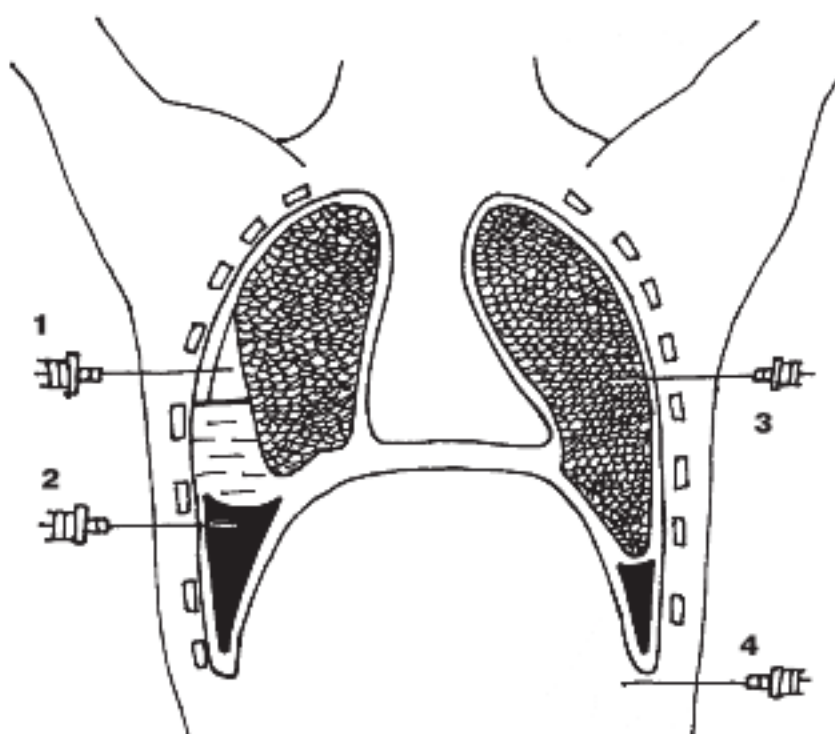
Жидкость должна удаляться постепенно, не более 1,5 л/сут; при удалении более 1,5 л жидкости за один прием или при быстрой эвакуации плевральной жидкости с использованием отсоса могут развиваться гипотензия и легочный отек. При необходимости удаления больших объемов жидкости должен быть постоянный мониторинг артериального давления. Если при продвижении иглы в плевральную полость жидкость не получена, это значит, что конец иглы не попал в зону скопления жидкости (рис. 4).

В таком случае пункцию необходимо повторить в той же последовательности.

Рис. 4.

Причины неудач при торакоцентезе:

- 1) игла над уровнем жидкости;
- 2) игла попала в отложение фибрина;
- 3) игла попала в ткань легкого;
- 4) игла прошла через синус и попала в брюшную полость



Осложнения включают: пневмоторакс, кровохарканье от пункции легкого, легочный отек или гипотензию после быстрого удаления больших объемов жидкости и быстрого расправления легкого, гемоторакс при повреждении межреберных сосудов, перфорацию селезенки или печени и вазовагальный обморок. Кровянистая жидкость, которая не сворачивается в аспирационной трубке, указывает, что кровь в плевральной полости не была ятрогенной, потому что свободная кровь в плевральной полости быстро дефибрируется.

Опасности, связанные с плевральной пункцией

Пневмоторакс и подкожная эмфизема. Эти осложнения могут возникнуть по двум причинам: если отсасывающая система не закрыта и во время пункции из-за отрицательного давления в плевральную полость попадает воздух, или если ранится легкое. Последнее более опасно, особенно когда это касается эмфизематозно измененного легкого,

утратившего уже свою эластичность. В таких случаях может возникнуть напряженный пневмоторакс или даже подкожная или медиастинальная эмфизема. Обычный пневмоторакс должен быть герметично отсосан, при напряженном пневмотораксе показана немедленная его ликвидация — дренирование плевральной полости.

Кровотечение, возникающее из пункционного канала, даже если оно произошло из-за повреждения межреберных сосудов, может быть быстро остановлено путем простого придавливания. Если через шприц, которым производится пункция, непрерывно или под давлением поступает кровь, следует немедленно прервать пункцию. Больного укладывают и ведут за ним наблюдение. Пункция излившейся крови (гемоторакс) может ввести в заблуждение. Проведенная через перикард пункция сердца может вызвать возникновение гемоперикарда и перикардальную тампонаду сердца. Пункция крупных сосудов может привести к возникновению гемоторакса.

Воздушная эмболия встречается в 1–2% случаев; когда прокалывается легкое, то при этом повреждается определенное число альвеол, что ведет к минимальному, в общем бессимптомному интерстициальному накоплению воздуха. Если одновременно будет повреждена ветвь легочной вены, то может случиться, что свободный воздух попадет в кровоток, возникнет эмболия в большом кругу кровообращения, проникающая чаще всего и в сосуды головного мозга. Воздушная эмболия возникает, как и напряженный пневмоторакс, чаще всего у более пожилых больных при проколе легкого с диффузными эмфизематозными изменениями.

Дренирование плевральной полости

Дренажно-отсасывающая система состоит из дренажной трубки, которая вводится в плевральную полость, и из соединяемой с дренажем отсасывающей системой. Число

применяемых отсасывающих систем очень велико. Дренаж обычно вводят в межреберье через троакар. Толщина трубки дренажа определяется в соответствии с консистенцией отсасываемого вещества (воздух, а также водянистая жидкость или серозная, фибринозная, кровянистая, гнойная жидкость).

На дренаже краской или ниткой отмечают то место, до которого он будет введен. Размер троакара должен соответствовать величине дренажа. Целесообразно иметь, по крайней мере, три троакара различных размеров с подходящими для него трубками 5, 8 и 12 мм в диаметре. Перед введением троакара надо убедиться в том, что выбранная дренажная трубка легко проходит через него.

Место кожного разреза инфильтрируется новокаином до плевры. Пробной пункцией в обозначенном месте убеждаются, что здесь действительно есть искомый воздух или жидкость. Ассистент придает больному необходимое положение: больной должен сидеть и упираться на высоко поднятый операционный стол, чтобы область пункции максимально выпирала и выбранное межреберье было, по возможности, расширено. Скальпелем разрезается кожа на протяжении чуть больше размера троакара. Затем троакар сильным движением вводят по верхнему краю ребра в плевральную полость (рис. 5). После

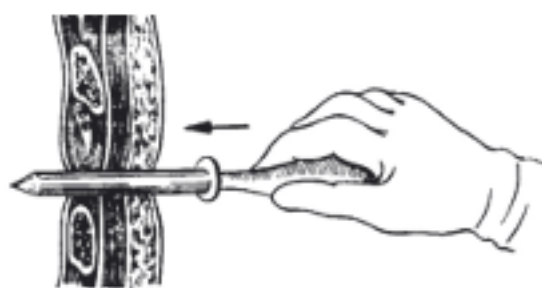


Рис. 5. Троакар вводится по верхнему краю ребра

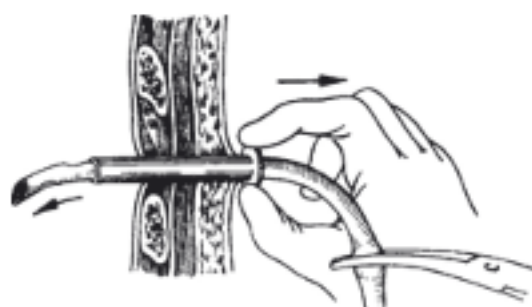


Рис. 6. Введение дренажа и удаление трубки троакара

удаления троакара свободное выделение жидкости или свободное вхождение и выхождение воздуха указывает на правильное его введение. Проводят дренаж и удаляют трубку троакара (рис. 6). Если не убеждены, что дренаж находится на правильном месте, следует, чтобы предупредить прокол троакаром легкого, сердца или крупного сосуда, произвести пункцию повторно с проведением всех мероприятий для ее локализации под рентгеновским контролем.

После этого дренажная трубка надежно и герметично подшивается к коже и соединяется с накопителем (отсасывающей системой).

В настоящее время для дренирования плевральной полости существуют одноразовые наборы, состоящие из металлического троакара с полимерной рукояткой и поливинилхлоридного торакального катетера с коннектором для подключения к накопителям (рис. 7, 8).

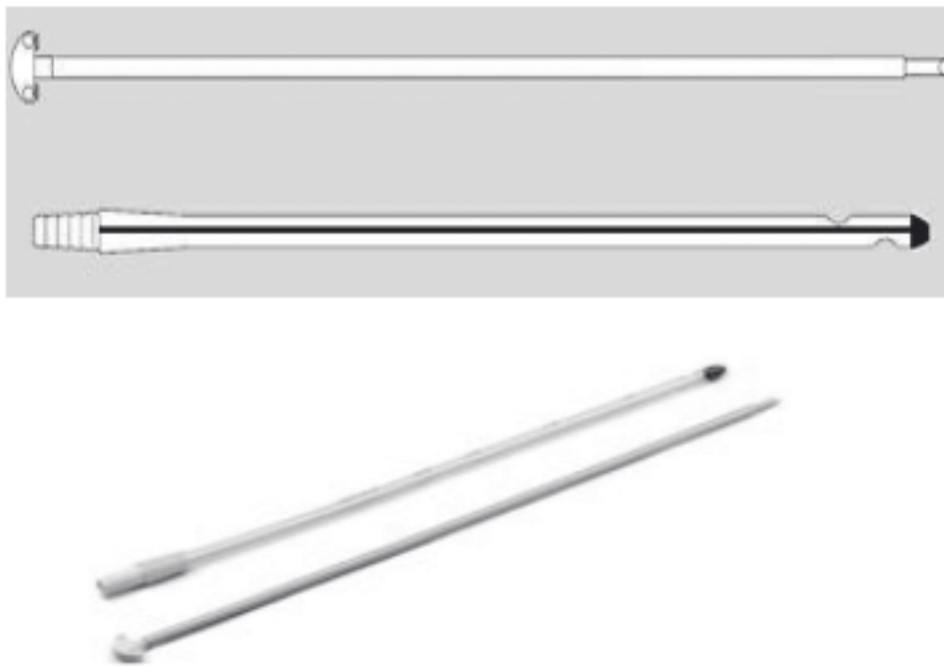


Рис. 7, 8. Торакальный катетер с троакаром

На рисунках 9, 10 представлены одноразовые стерильные комплекты для выполнения дренирования плевральной полости.



Рис. 9, 10. Наборы для дренирования плевральной полости

4.2. ОПУХОЛЕВЫЙ АСЦИТ (ОА)

ОА — патологическое накопление жидкости в брюшной полости, развивающееся вследствие опухолевого процесса. Небольшое количество жидкости в брюшинной полости клинически никак не проявляется. Более того, естественным образом организм человека в сутки секретирует и поглощает около 1,5 л жидкости в брюшинной полости. Каких-либо специфических жалоб пациенты с асцитом в начальном периоде не предъявляют. На этой стадии обнаружить асцит возможно только при ультразвуковом обследовании.

Эпидемиология. Опухолевый асцит составляет около 10% всех случаев асцита. Наиболее часто (более 50%) встречается при канцероматозе брюшины (рак яичников, рак

желудка, рак толстой кишки), гепатоцеллюлярном раке (10-15%), массивных метастазах в печень (10-15%). Около 7% случаев составляет злокачественный хилезный асцит. В 10-20% случаев первичную локализацию рака установить не удастся. Наличие асцита указывает на неблагоприятный ближайший прогноз (1-4 мес.), за исключением пациенток с раком яичника.

Существует два основных механизма развития опухолевого асцита. При первом механизме основой процесса накопления асцита является поражение париетального и висцерального листков брюшины опухолевыми клетками. Это приводит к механической обструкции лимфатического дренажа брюшины, уменьшая естественное всасывание асцитической жидкости. В данном механизме образования асцита ведущую роль играют опухоли гастроинтестинального тракта и яичников. Вторым механизмом характерен для первичного или метастатического поражения паренхимы печени, которое наблюдается приблизительно в 15% случаев асцита. В основе второго механизма развития асцита лежит сжатие венозной системы печени, что приводит к нарушению естественного венозного оттока от кишечника. В результате асцит развивается быстро, и имеет более тяжелый характер. При длительно существующем асците возникает нарушение дренирования лимфатической системы из-за избыточного давления жидкости. В результате в области соединения лимфатической системы нижних конечностей и системы органов брюшной полости возникает нарушение лимфоттока и, как результат, отек нижних конечностей. Кроме того, возникает обратный ход лимфы из магистрального лимфатического сосуда — грудного лимфатического протока — во внутренние органы.

С патологическим током лимфы раковые клетки из пораженных лимфоузлов проникают в здоровые органы и вызывают обширное обсеменение внутренних органов.

При возникновении асцита раковые клетки могут быстро проникнуть в печень, поджелудочную железу, желудок или другие органы, где развиваются метастазы. Нарушение работы лимфатической системы при асците способствует распространению метастазов во внутренние органы.

Обследование. Жалобы на увеличение веса, увеличение талии, ощущение тяжести и дискомфорта в животе, одышку, появление отеков на лодыжках. Визуально асцит будет заметен при наличии в брюшной полости не менее одного литра жидкости. Во время осмотра наблюдается увеличенный и деформированный живот, в вертикальном положении живот выглядит отвисшим. У худых пациентов нередко отмечается выпячивание пупка. При осмотре пациента лежа наблюдается так называемый «лягушачий живот»: живот распластан, боковые отделы выбухают. **Накопление жидкости в брюшной полости** (5-10 л, иногда до 20 л) вызывает массивное сдавление внутренних органов, повышает внутрибрюшное давление и вызывает оттеснение диафрагмы вверх, в грудную полость. Из-за значительного ограничения дыхательных движений легких развивается дыхательная недостаточность, в органах брюшной полости растет сопротивление кровотоку, возникает сердечная недостаточность.

Физикальные признаки опухолевого асцита:

- Перкуторная тупость боковых отделов живота
- Симптом смещения границы тупости
- Симптом «волны»

Дополнительные методы обследования:

УЗИ брюшной полости — наиболее информативный метод выявления асцита, даже при небольшом количестве жидкости + позволяет произвести разметку места для выполнения лапароцентеза (у больных со спаечным процессом в брюшной полости);

КТ брюшной полости — метод, равноценный по чувствительности УЗИ, но более дорогостоящий.

Классификация асцита The international Ascites Club (2003)

- 1-я степень: небольшой асцит, определяемый только по УЗИ;
- 2-я степень: умеренный асцит, проявляющийся только умеренным симметричным увеличением живота;
- 3-я степень: значительный асцит с выраженным увеличением и растяжением живота.

Лечение: *Лапароцентез* выполняется при напряженном асците с клиническими проявлениями, связанными с высоким внутрибрюшным давлением. Не рекомендуется эвакуировать более 7-8 литров жидкости однократно. Пациентам с артериальной гипотензией, дегидратацией или нарушением функции почек при проведении лапароцентеза необходимо проводить внутривенную гидратацию. Выполнение лапароцентеза сопряжено с риском повреждения внутренних органов, увеличивающимся с каждой последующей процедурой. Предварительное проведение УЗИ с разметкой места введения троакара позволит избежать этого осложнения. У пациентов с короткой ожидаемой продолжительностью жизни (около 1 мес.) целесообразна постановка постоянного дренажа, позволяющего эвакуировать асцитическую жидкость и избежать необходимости выполнения повторных проколов. При более благоприятном прогнозе возможна постановка подкожных портов. *Внутрибрюшная химиотерапия* имеет ограниченное значение в лечении асцита и эффективна только у пациентов с химиочувствительными опухолями (лимфомы, рак яичников, рак молочной железы). Всем пациентам, независимо от механизма асцита, показано *назначение диуретиков*. «Золотым стандартом» в лечении таких состояний является спиронолактон (верошпирон), который назначается в дозе от 100 до 400 мг 1-2 раза в сутки самостоятельно, а также в комбинации с фуросемидом (лазиксом) в дозе 40-240 мг/сут. Фуросемид в виде внутривенных болюсных введений при

применении в течение длительного времени позволяет существенно увеличивать диурез и уменьшать признаки асцита. Дозы и продолжительность лечения зависят от темпа потери асцитической жидкости, что определяется визуально и по ежедневному снижению массы тела. Считается, что потери жидкости в среднем 400-600 мл (но не более 1000 мл) вполне адекватны проводимой терапии. При подозрении на инфицирование асцитической жидкости назначают цефалоспорины III поколения (цефотаксим по 2 г 2-3 раза в сутки).

Методика выполнения лапароцентеза

Перед проколом брюшной стенки необходимо освободить мочевой пузырь и очистить кишечник. Процедуру следует выполнять в сидячем положении. В этом положении свободная жидкость брюшной полости скапливается в ее нижней половине, а петли тонкого кишечника смещаются в верхнюю половину брюшной полости. *Место прокола* подчревная область: 1) по средней линии живота на середине расстояния между пупком и лобком (рис. 11), ниже прокол делать опасно, так как можно повредить мочевой пузырь и матку у женщин; 2) кнаружи от середины линии, соединяющей пупок с левой передней



верхней остью (линия Монро-Рихтера); 3) у ранее оперированных больных, а также при повторной пункции есть опасность сращения сальника или кишки с передней стенкой живота, чтобы избежать развития осложнений, целесообразно применять ультразвуковую навигацию.

Рис. 11. Место пункции и положение больного

Положение. Больного сажают на стул так, чтобы была опора для спины. Между его раздвинутых ног ставят ведро для сбора эвакуируемой жидкости, на колени стелят клеенку (фартук), край которой опускается в ведро. В тех случаях, когда больной не может сидеть, лапароцентез выполняется в лежачем положении. При этом место пункции должно находиться на левой половине передней брюшной стенки, а больной лежать на левом боку. Придав больному соответствующее положение, обрабатывают кожу антисептиками и делают анестезию тканей в области прокола. После этого производится продольный разрез кожи в намеченной точке прокола длиной 0,5–1 см. Троякар с вставленным в него стилетом берется в правую руку так, чтобы рукоятка стилета упиралась в ладонь, а указательный палец располагался у конца троакара на расстоянии, приблизительно равном предполагаемой толщине брюшной стенки (рис. 12, 13). Острие стилета вводится в разрез брюшной стенки перпендикулярно к поверхности кожи. Троякар вонзается в брюшную стенку энергичным движением, после чего вращательным движением проводится в ее ткани на намеченную глубину. Проникновение инструмента в брюшную полость обычно четко ощущается рукой по внезапному прекращению сопротивления. Когда конец троакара окажется в брюшной полости, надо, поддерживая его канюлю пальцами левой руки, быстро извлечь стилет правой рукой.



Рис. 12, 13. Техника введения троакара при лапароцентезе

При этом из канюли начинает активно поступать жидкость. Струю жидкости следует направить в подставленную емкость. Скорость истечения жидкости нужно регулировать так, чтобы опорожнение брюшной полости происходило медленно. Периодически истечение жидкости из брюшной полости надо прекращать. Если истечение прекратилось самостоятельно, оно восстанавливается изменением положения канюли троакара (наклонами ее в разные стороны и продвижением на небольшую глубину в брюшную полость). В тех случаях, когда ток жидкости не восстанавливается, через канюлю в брюшную полость осторожно вводят пуговчатый зонд, с помощью которого отводят от конца канюли прилежащий к ней сальник или стенку кишки. В дальнейшем нередко приходится удерживать зонд в просвете канюли, чтобы ток жидкости не прерывался. Во время эвакуации жидкости из брюшной полости помощник, находящийся сзади больного, сдавливает его живот полотенцем для создания постоянного давления в брюшной полости. Следует постоянно следить за пульсом больного и при первых признаках его падения немедленно прекратить ток жидкости. При улучшении состояния выпускание жидкости можно продолжить, в сомнительном случае процедуру следует прекратить. Больной укладывается на спину в положение с приподнятым нижним концом туловища, применяются возбуждающие средства. Асцитическую жидкость при классической методике лапароцентеза нужно выпускать медленно — артериальное давление не должно упасть резко, чтобы не допустить развития коллапса сосудов. Обычно выводится не более 7-8 литров за одну пункцию, если осложнений нет, можно эвакуировать до 10 литров. После извлечения из брюшной полости достаточного количества жидкости врач захватывает кожу с подкожной клетчаткой с обеих сторон от места прокола брюшной стенки между пальцами левой руки, а правой рукой быстро извлекает ка-

нюлю из брюшной полости. Рана обрабатывается йодом и на нее накладываются один-два шелковых шва и асептическая повязка. Часто после кратковременного сдавления тканей в зоне прокола истечения жидкости из брюшной полости не наблюдается, в этих случаях целесообразно наложение повязки Гумпрехта (рис. 14). Марлевый валик прижимается к месту прокола, кожа над ним стягивается и фиксируется пластырем.

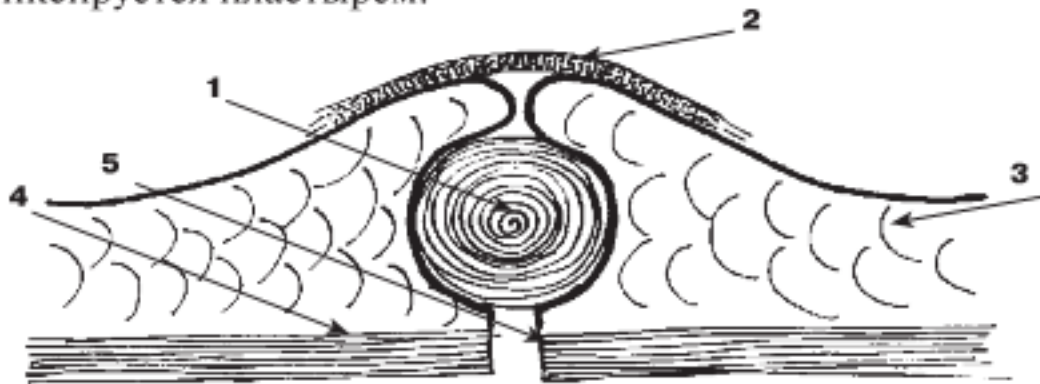


Рис. 14. Схема повязки Гумпрехта:

- 1 – тампон; 2 – пластырь; 3 – кожа; 4 – брюшная стенка;
5 – просвет канала брюшной стенки

Современная методика проведения лапароцентеза предполагает преимущественное использование выведения асцитической жидкости через постоянный перитонеальный катетер с параллельным замещением дефицита объема циркулирующей крови с помощью плазмозамещающих препаратов, а точнее — плазмаэкспандеров (англ. *plasmaexpander* — увеличивающий объем плазмы). В этом качестве наиболее широко применяются 10-20% растворы альбумина. В связи с высокой стоимостью альбумин можно ограниченно замещать аминостерилом, полиглокином, реополиглокином (декстраном-40), гемакцелом, а также препаратами на основе крахмала: рефортаном, стабизолом, хаес-стерилом.

В ряде случаев у больных с асцитом выполняется лапароскопическая операция — оментогепатофренопек-

сия — подшивание сальника к предварительно подготовленным участкам поверхности печени и диафрагмы. Созданный контакт между сальником и печенью позволяет создать условия всасывания асцитической жидкости прилежащими тканями. У пациентов с канцероматозом брюшины данная операция выполняется ограниченно. При наличии других факторов развития асцита даже у пациентов с онкологическими заболеваниями она проводится чаще как паллиативное вмешательство, способное существенно облегчить состояние пациента.

Показания к оперативному лечению асцита при онкологическом заболевании:

- **рефрактерные асциты** — асциты, которые не поддаются медикаментозной терапии;
- **«большие» асциты** — асциты, при которых требуется одномоментное массивное выведение жидкости (до 6-10 л);
- **«гигантские» асциты** — асциты, при которых требуется комбинированная операция — выведение большого объема (до 5-7 л) в первые сутки с последующим порционным (до 1 л/сут) удалением асцита в течение 7-10 сут.

4.3. ОПУХОЛЕВАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ (ООКН)

В основе данного синдрома лежит нарушение пассажа по желудочно-кишечному тракту в результате наличия интраабдоминального злокачественного новообразования (первичной опухоли или метастазов).

Критерии диагноза злокачественной кишечной непроходимости:

1. Клинические признаки кишечной непроходимости.
2. Кишечная непроходимость ниже связки Трейца.
3. Первичная злокачественная опухоль, локализуемая интраабдоминально и не подлежащая радикальному лечению.

4. Интраабдоминальные метастазы злокачественных новообразований внебрюшной локализации.

Эпидемиология: злокачественная кишечная непроходимость наиболее часто наблюдается у пациентов с раком яичников (20-50%) и колоректальным раком (10-15%). Среди первичных внебрюшинных опухолей наиболее часто синдром злокачественной кишечной непроходимости встречается у больных с раком молочной железы и меланомой. Непроходимость может быть вызвана обтурацией просвета кишки или сдавлением просвета извне. Непроходимость может быть частичной или полной; обратимой и необратимой, развивается постепенно (несколько недель).

Клиническая картина: нарастает постепенно в течение нескольких недель и представлена абдоминальными приступообразными болями, эпизодами тошноты и рвоты и вздутием живота. При частичной обструкции возможна диарея «переполнения», при полной непроходимости стул и отхождение газов отсутствуют.

Дополнительное обследование: диагноз подтверждается *рентгенологическим исследованием*.

КТ органов брюшной полости значительно превосходит обычную рентгенографию или УЗИ в отношении диагностики непроходимости.

Лечение: тактика определяется возможностью выполнения хирургического лечения и обратимости обструкции. Хирургическое лечение возможно только у 10-30% пациентов, так как почти 50% пациентов неоперабельны, а у части больных существует шанс спонтанного обратного развития обструкции.

Абсолютные противопоказания к хирургическому лечению:

1. Распространенный метастатический процесс.
2. Вовлечение в процесс проксимального отдела желудка.

3. Канцероматоз брюшины с выраженным нарушением моторики кишечника.

4. Диффузные пальпируемые внутрибрюшные образования.

5. Массивный асцит (2-3-я степень).

6. Выраженные нарушения, связанные с плохим контролем экстраабдоминальных симптомов (тяжелая одышка...).

7. Кахексия у пациентов пожилого возраста.

8. Низкий функциональный и нутритивный статус.

9. Предшествующая лучевая терапия органов брюшной полости.

В случаях, когда полноценное хирургическое вмешательство невозможно, следует рассмотреть возможность стенტიрования кишечника.

В некоторых случаях, когда клинические проявления появились недавно, существует шанс спонтанного обратного развития непроходимости. При этом необходимо использовать нехирургические методы лечения. В течение недели назначаются *дексаметазон 8-16 мг/сут* (в/в или п/к), *метоклопромид 60-120 мг/сут* (в/в или п/к, применяется только при частичной обструкции и отсутствии колик), *октреотид 0,3 мг/сут* (в/в или п/к). Если указанные меры не привели к устранению обструкции, прекращается введение прокинетики и проводится симптоматический контроль.

Варианты хирургических пособий при ООКН

1. Паллиативные резекции (избавляют пациента от фатальных осложнений: непроходимость, кровотечение, перфорация опухоли и развитие абсцессов/флегмон, прорастание в окружающие органы и структуры).

2. Обходные анастомозы (ликвидируют непроходимость, без противоестественного ануса).

3. Разгрузочные стомы (ликвидируют непроходимость).

Термин «стома» произошел от греческого слова *stoma*, что в переводе означает рот или отверстие. В современном понимании термин «стома» обозначает созданный оперативным путем свищ полого органа. Следует отметить, что так было не всегда. Наиболее распространенным термином, используемым в литературе для обозначения искусственно созданного ануса на передней брюшной стенке, до недавнего времени было латинское сочетание *anuspraeter-naturalis* или его перевод — противоестественный задний проход. Смысл данного обозначения заключается в указании на то, что опорожнение кишечника осуществляется не через задний проход, а через отверстие, сформированное на передней брюшной стенке, что можно наблюдать и в результате развития различных кишечных свищей при воспалительных заболеваниях кишечника или его травм. Вот почему в мировой литературе и в нашей стране, широкое распространение получили такие термины, как «колостома» — для обозначения хирургически сформированного отверстия на толстой кишке и «илеостома» — для описания хирургически сформированного отверстия на подвздошной кишке. Такие виды искусственно созданных отверстий желудочно-кишечного тракта, как эзофаго-, гастро- или еюностома, используются для введения через них питательных веществ, а не для отведения содержимого и будут рассматриваться нами в разделе, посвященном паллиативным операциям при раке пищевода и желудка.

Колостомия — выведение отрезка (или отрезков) ободочной кишки или ее петли в разрез передней брюшной стенки. Колостома ставит целью решение трех основных задач: 1. Осуществить декомпрессию толстой кишки. 2. Заместить функцию отключенных или удаленных отделов толстой кишки. 3. Полностью отвести кишечное содержимое.

Требования к стомам: стома должна быть простой в техническом исполнении; иметь минимальный риск разви-

тия осложнений; хорошо функционировать; быть удобной для ухода.

Существует несколько типов колостом: • пристеночная • двуствольная (петлевая) • двуствольная раздельная • одноствольная.

В зависимости от участка толстой кишки, подлежащего стомированию, стомы классифицируются как: цекостома, асцендостома, трансверзостома, десцендостома, сигмастома (рис. 15)

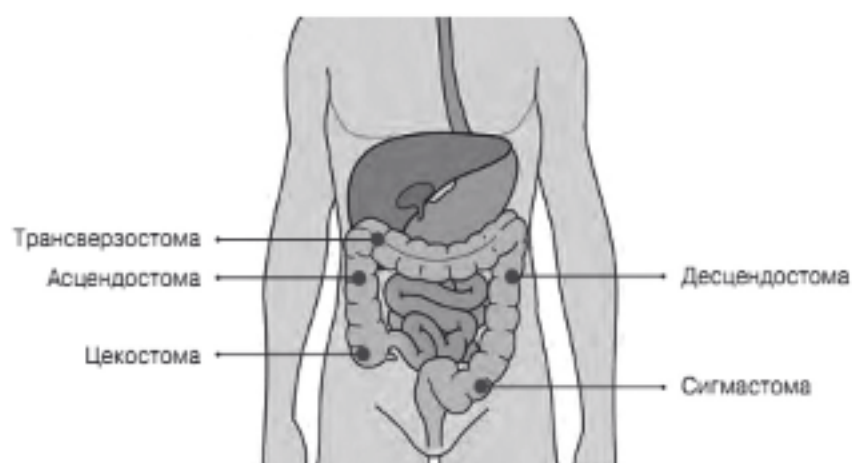


Рис. 15. Классификация стом по локализации в толстом кишечнике

К числу необходимых мероприятий перед операцией с формированием кишечной стомы относится проведение активной психологической поддержки пациента. Угроза перед утратой возможности произвольного контроля за отхождением кишечного содержимого и утратой возможности опорожнения кишечника естественным образом вызывает стойкую депрессию. Больной до операции должен получить исчерпывающую информацию о режиме питания и рациональной диете, особенностях функционирования стомы, способах регулирования опорожнения кишечника, современных моделях калоприемников и правилах их использования. Одним из наиболее эффективных приемов,

помогающих осознать возможность полноценной жизни со стомой, является знакомство и беседа с пациентами, которые длительно живут со стомой.

Одно из основных правил, которым руководствуется хирург при формировании стом, состоит в том, чтобы в результате операции был отключен только пораженный отрезок кишечника. Это продиктовано следующими обстоятельствами: 1) необходимость оставить как можно более длинную функционирующую часть непораженного кишечника; 2) желание избежать создания плохо дренируемой зоны по ходу отводящего отдела кишечника, которая может стать источником осложнений, связанных с застоем и воспалением; 3) формирование стомы вблизи очага поражения, требующего повторного вмешательства, позволяет избежать неоправданной резекции пораженного отдела при восстановлении непрерывности кишечника.

При расположении опухоли в слепой и восходящей кишке: *если первичная опухоль удалима*, то даже при наличии отдаленных метастазов производится паллиативная правосторонняя гемиколонэктомия. *При невозможности удаления первичной опухоли* используется наложение обходного илео-трансверзоанастомоза или илео-сигмоанастомоза. В случаях тотального поражения толстой кишки или поражения ее правых отделов, требующих формирования кишечной стомы, накладывается двуствольная петлевая илеостома по Торнболу (рис. 16-19). Описание данной методики редко встречается в литературе, поэтому остановимся на ее описании подробнее. После лапаротомии выбирается петля подвздошной кишки на расстоянии 15-20 см от слепой кишки. В правой подвздошной области в точке Мак-Бурнея формируется отверстие кожи и подкожной клетчатки до апоневроза круговым разрезом диаметром до 3 см. Крестообразно рассекается апоневроз наружной косой мышцы живота, мышцы тупо раздвигают и вскрывают

брюшину. Сформированное отверстие должно свободно пропускать три пальца: II, III, IV. Через отверстие выводят петлю подвздошной кишки длиной 6-7 см так чтобы проксимальное колено было снизу, а дистальное — сверху. Кишку подшивают к коже по кругу (рис. 16.). Лигатуры не срезают.

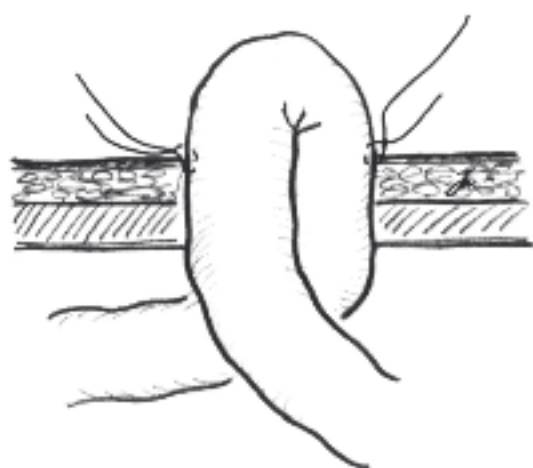


Рис. 16. Фиксация петли тонкой кишки к коже серозно-мышечными швами

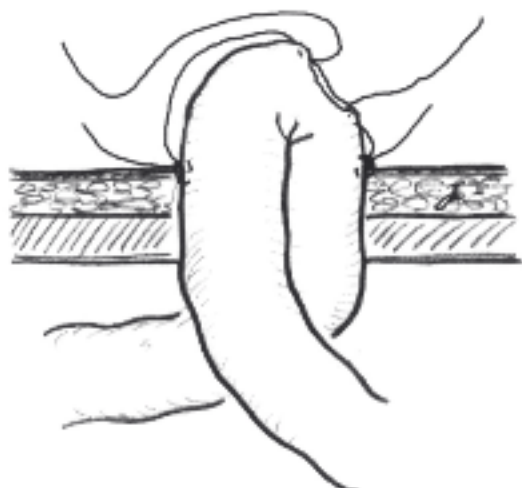


Рис. 17. Прошивание вскрытой петли через все слои

На уровне 5-6 мм от кожи электроножом пересекают на $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ отводящее колено петли тонкой кишки. Оба конца кишки подшивают оставленными лигатурами (рис. 17). Завязывают только лигатуры на дистальной части кишки и на брыжейке. Лигатуры на проксимальном колене тонкой кишки прошивают и завязывают только после выворачивания кишки с помощью тупфера (рис. 18), все лигатуры срезают.

Довольно часто в общехирургической практике для ликвидации опухолевой обструкции, возникшей на уровне восходящей кишки, формируется цекостома (рис. 20) или краевая стома (рис. 21).



Рис. 18. Фиксация кишки к коже выворачивающим швом

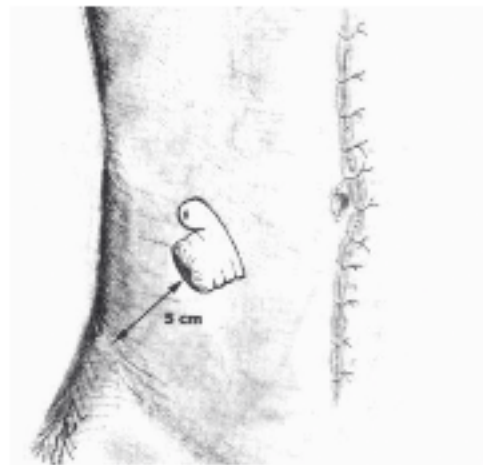


Рис. 19. Окончательный вид двухствольной илеостомы

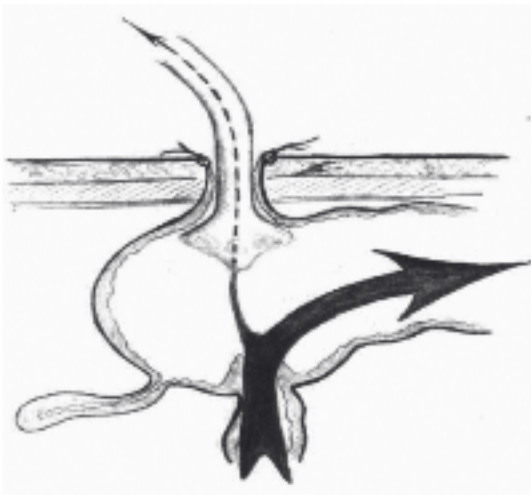


Рис. 20. Цекостома

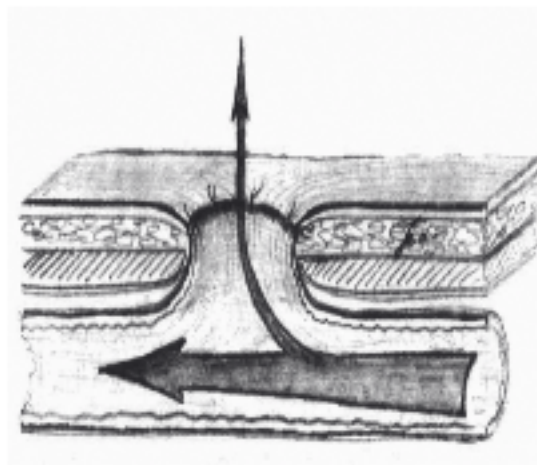


Рис. 21. Краевая стома

Данные виды стом не позволяют адекватно разгрузить кишечник и могут обеспечить лишь выведение газов и в малой степени жидкого содержимого и не позволяют эвакуировать плотное кишечное содержимое. Кроме того, большая часть кишечного содержимого все-таки проходит в правые отделы ободочной кишки, а значит, цекостома не отключает пораженного участка кишечника, что приводит к скоплению кишечного содержимого над местом обструкции и развитию воспаления. Поэтому использование

цекастомы и краевой стомы в настоящее время признано нецелесообразным и предпочтение следует отдавать илеостоме.

При локализации опухолевого процесса в дистальной части поперечной ободочной кишки, ее левом изгибе и нисходящей кишке: *если первичная опухоль удалима*, то, несмотря на наличие отдаленных метастазов, производится резекция поперечной ободочной кишки или левосторонняя гемиколонэктомия с наложением первичного анастомоза или отдельной двухствольной колостомы (рис. 22).

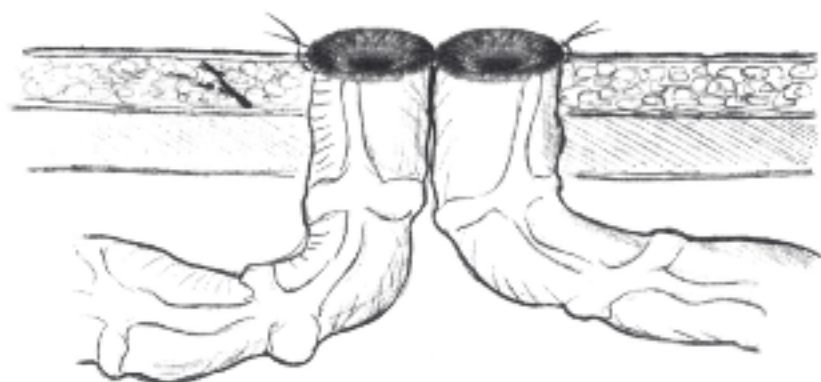


Рис. 22. Раздельная двухствольная колостома

При невозможности удаления формируют обходной илео-сигмоанастомоз, или следует формировать трансверзостому/асцендостому/илеостому.

При расположении первичного очага в левой половине ободочной кишки или проксимальном отделе сигмовидной кишки: даже при наличии отдаленных метастазов у сохранного пациента выполняют левостороннюю ГКЭ или резекцию сигмовидной кишки. Операцию заканчивают наложением первичного анастомоза или двухствольной колостомы. *При нерезектабельном* процессе, как правило, накладывается петлевая или плоская двухствольная трансверзостома. Основные этапы формирования двухствольной трансверзостомы представлены на рисунках 22–24.

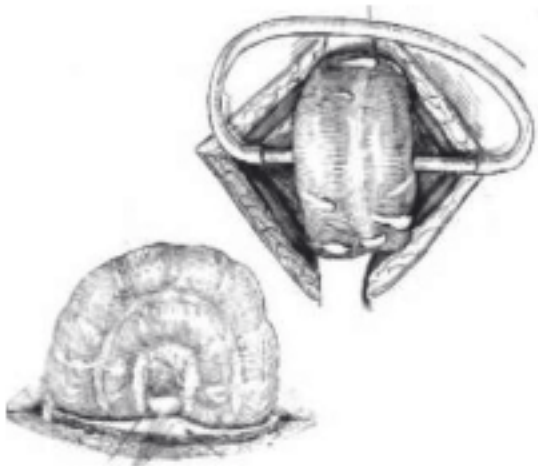


Рис. 22а. Выведение и фиксация петли ободочной кишки

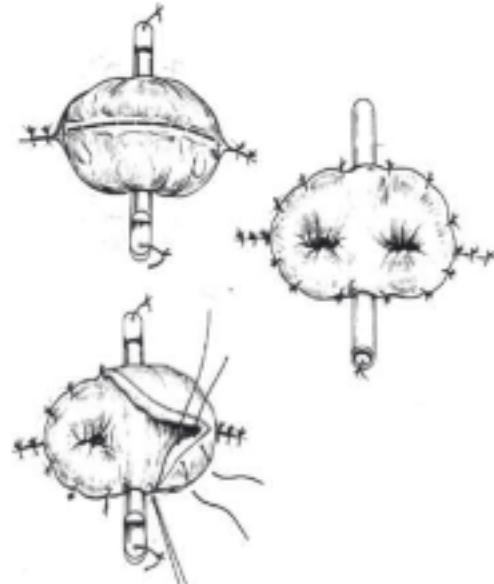


Рис. 23. Рассечение передней стенки кишки и подшивание к коже

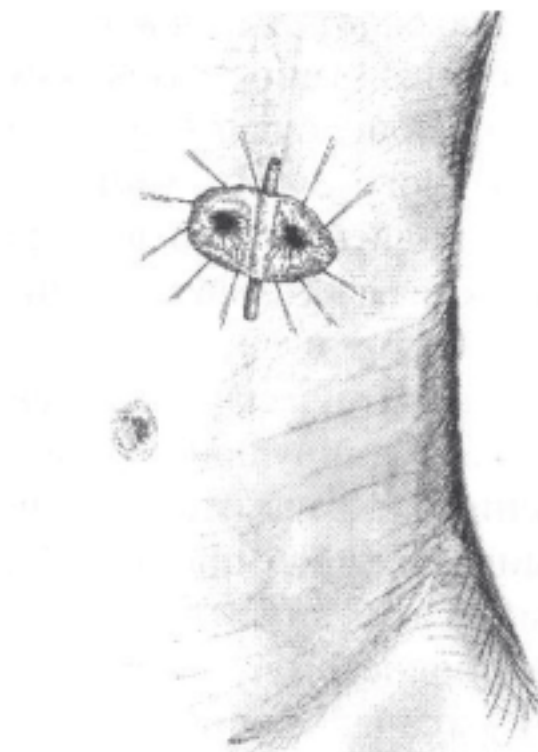


Рис. 24. Окончательный вид плоской двуствольной трансверзостомы

При невозможности удаления опухоли, вызвавшей обструкцию на уровне сигмовидной кишки формируют либо десцендо-, либо трансверзостому; при поражении прямой кишки накладывается сигмостома.

При генерализованном процессе у больных раком дистального отдела сигмы, ректосигмоидного перехода и прямой кишки 4-й стадии, осложненном кишечной непроходимостью, накладывается сигмостома или выполняется операция Гартмана (рис. 25).

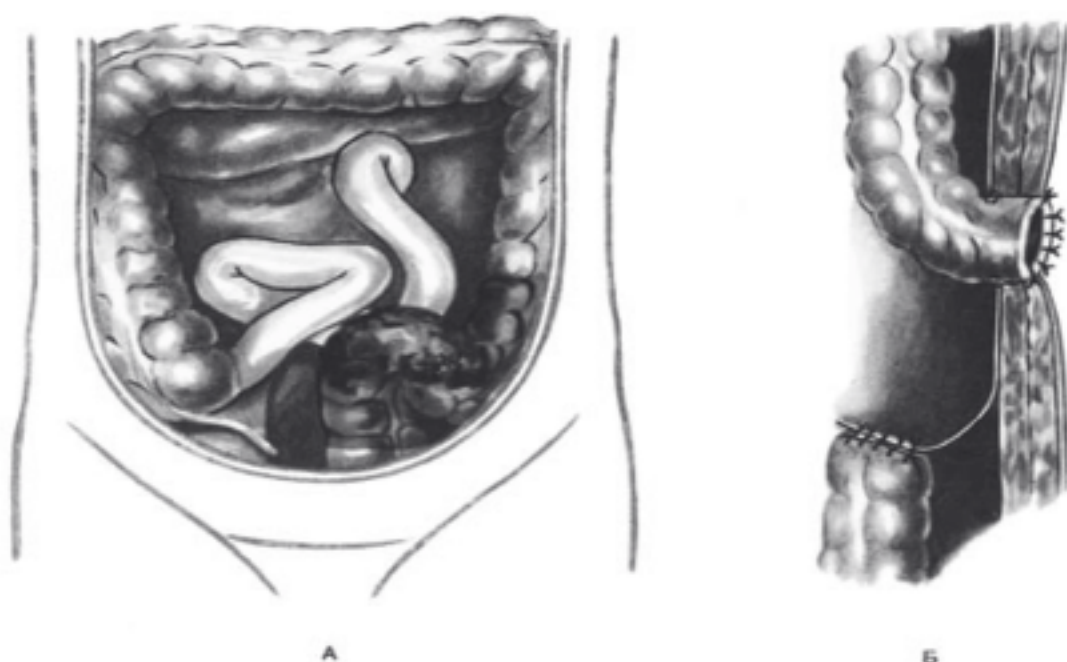
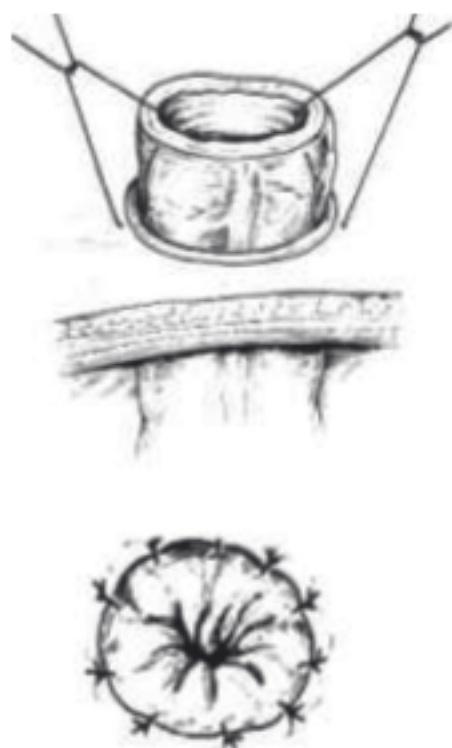


Рис. 25. Схема операции Гартмана. А – участок кишки, подлежащий резекции, окрашен в красный цвет. Б – после произведенной резекции кишки, отводящий – ушит наглухо, а приводящий конец вшит в переднюю брюшную стенку по типу одноствольной колостомы



Под одноствольной колостомой следует понимать выведение из полости брюшины проксимального отрезка ободочной кишки, с последующей фиксацией его к передней брюшной стенке, либо на уровне кожи (рис. 26), либо в виде столбика, возвышающегося на 4-5 см над уровнем кожи (рис. 27).

Рис. 26. Плоская одноствольная колостома

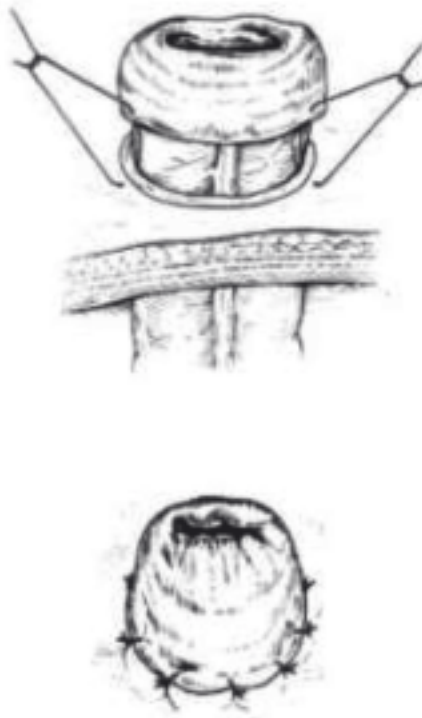


Рис. 27. Одноствольная колостома столбиком

кожи. Такими местами на передней брюшной стенке являются точки, расположенные в средней трети линии, соединяющей пупок и переднюю верхнюю ость гребня подвздошной кости справа и слева (рис. 28). Однако в определенных обстоятельствах, например, при формировании трансверзо-, а реже десцендостомы, они могут размещаться в правом или левом подреберье на расстоянии не менее 5 см от реберной дуги и пупка.

Важное значение следует уделять выбору места формирования колостомы, так как ее расположение имеет в дальнейшем решающее значение для создания хороших условий ухода за ней пациентом. При этом нужно исходить из следующих требований: стома должна быть легкодоступна осмотру и уходу, располагаться вдали от складок (но никак не ниже последних) и неровностей передней брюшной стенки, по возможности в наиболее плоской ее части, так чтобы в ее окружности оставалось около 5 см гладкой

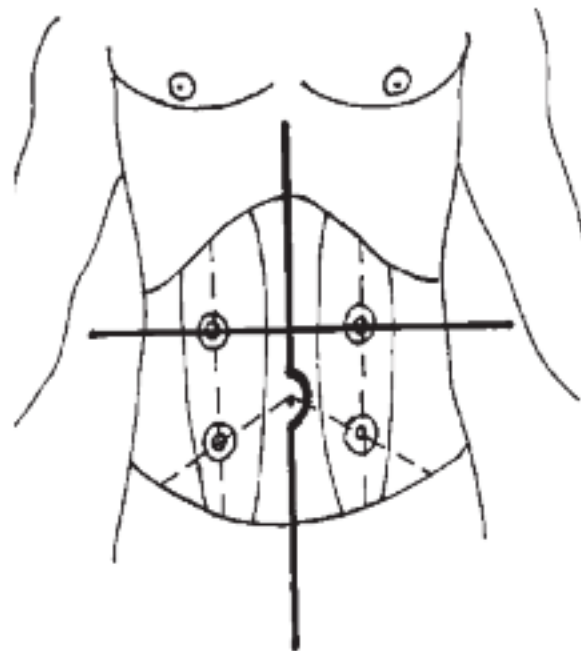


Рис. 28. Выбор места для расположения стомы при нормальной конституции

Место расположения стомы должно быть определено в различных положениях больного (стоя, сидя, лежа), так как при переходе из горизонтального в вертикальное положение происходит смещение кожных складок и подкожной жировой клетчатки вниз, особенно у пациентов с ожирением или дряблой передней брюшной стенкой (рис. 29).

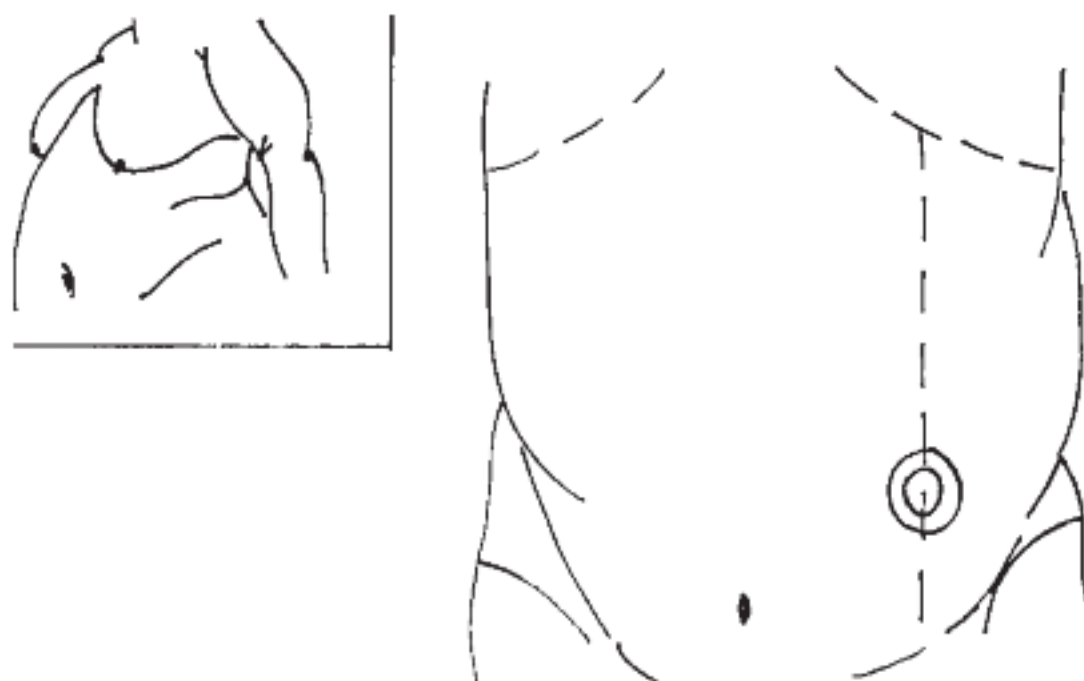


Рис. 29. Выбор места для расположения стомы у пациентов с ожирением (в окружении стомы должна оставаться гладкая площадка с границей от края не менее 5 см)

Проведение маркировки местоположения стомы до операции очень важно. Невыполнение этого правила часто приводит к возникновению осложнений, а впоследствии к затруднению ухода за стомой.

Калоприемники

Калоприемники — это устройства, фиксирующиеся на теле больного, предназначенные для сбора кишечного содержимого и устранения его агрессивного воздействия

на кожу. К калоприемникам предъявляется ряд требований: безопасность для кожных покровов, полная и надежная изоляция кишечного содержимого от внешней среды и элементов одежды пациента, герметичность, прочность прикреплении, а также незаметность под одеждой, простота использования.

Все клеящиеся (адгезивные) калоприемники можно разделить на два основных вида — однокомпонентные и двухкомпонентные.

Однокомпонентный калоприемник представляет собой стомный мешок со встроенной адгезивной (клеевой) пластиной. Однокомпонентные калоприемники могут быть дренируемыми/открытыми (рис. 30) или недренируемыми/закрытыми (рис. 31). Однокомпонентные калоприемники (дренируемые) имеют конструкцию со специальным отверстием внизу мешка, закрываемым зажимом, что позволяет опорожнять его по мере наполнения.



Рис. 30, 31. Однокомпонентный открытый и закрытый калоприемники

Двухкомпонентный калоприемник представляет собой комплект, состоящий из двух частей — адгезивной (клеевой) пластины (рис. 32) и стомного мешка (рис. 33), он имеет специальное устройство для крепления мешка к пластине.

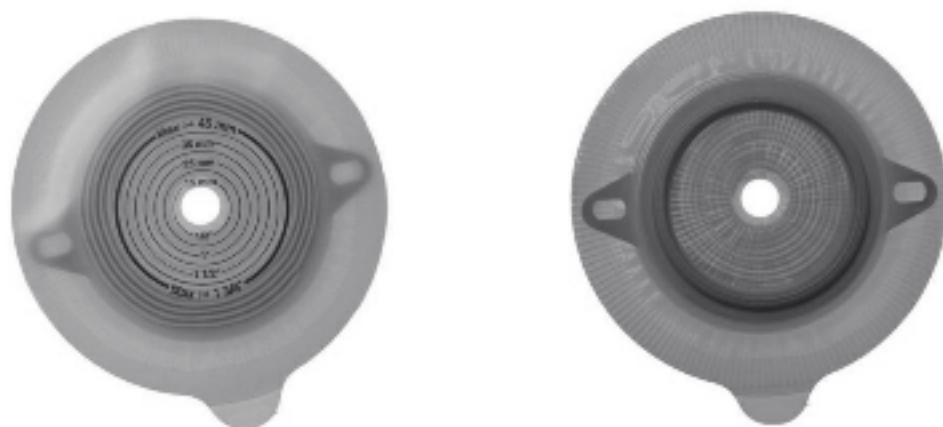


Рис. 32. Адгезивная клеевая пластина двухкомпонентного калоприемника

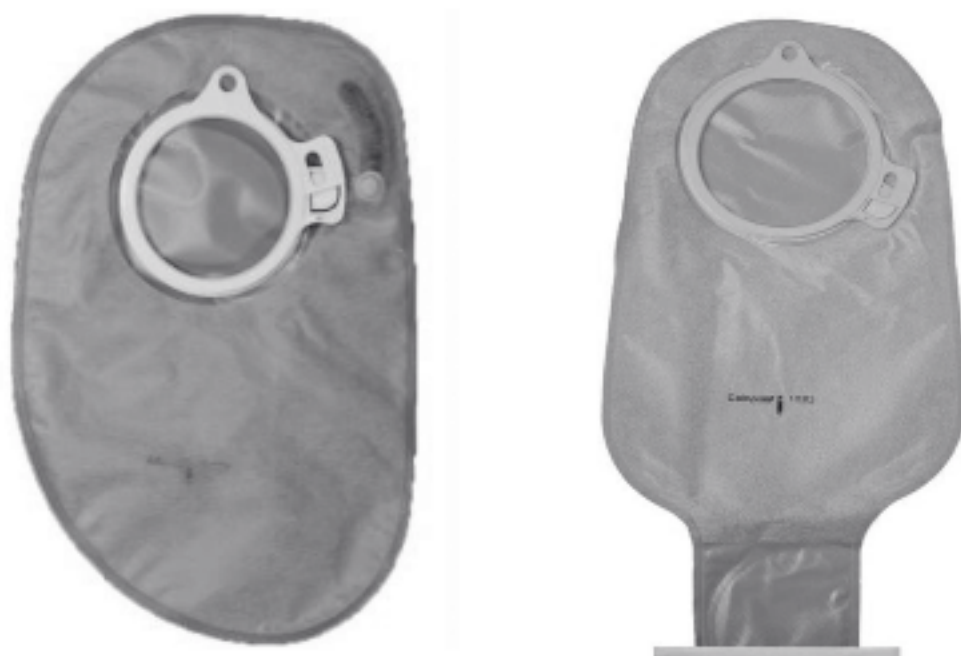


Рис. 33. Недренируемый и дренируемый стомные мешки двухкомпонентного калоприемника

Пластины и стомные мешки имеют специальные фланцы для соединения друг с другом. При подборе двухкомпонентной системы необходимо соответствие фланца мешка и фланца пластины. Производители предлагают различные системы фланцевых соединений: механическое (фланец мешка надевается на фланец пластины, или мешок крепится на фланце пластины с помощью фланцевого кольца-защелки) и адгезивное (фланец мешка приклеивается к фланцу пластины). Современные клеящиеся калоприемники изготовлены из полимерных материалов. Адгезивные пластины имеют гипоаллергенную основу, которая предохраняет кожу, обладает защитными, заживляющими и адгезивными свойствами. Адгезивы пластин различны по своим функциональным характеристикам: адгезивы стандартные, для длительного ношения, для чувствительной кожи. Стомные мешки изготавливаются из непрозрачного или прозрачного многослойного, не пропускающего запах биостабильного полиэтилена.

Стомные мешки могут быть недренируемыми (закрытыми) или дренируемыми (открытыми). Дренируемые калоприемники имеют специальное дренажное отверстие внизу мешка, дренажный конец мешка закрывается зажимом, что позволяет опорожнять мешок по мере его наполнения. Недренируемые калоприемники должны быть обязательно оснащены фильтрами, которые не только нейтрализуют запах, но и позволяют удалить из мешка избыточный воздух, препятствуя надуванию мешка. Наличие фильтра в дренируемом мешке необязательно, так как избыток воздуха удаляется при дренировании мешка, кроме того, современные калоприемники отличаются высокой герметичностью и не пропускают запах. Некоторые виды калоприемников имеют на пластине или мешке специальные крепления для пояса.

Наряду с калоприемниками на адгезивной основе используются калоприемники из пластмассы, крепящиеся

к телу с помощью пояса. Однако они не обладают всеми вышеперечисленными свойствами и не дают возможности проводить полноценную реабилитацию стомированных пациентов.

Для пациентов с втянутой стомой показаны специальные конвексные пластины (рис. 34). Они имеют жесткий фланец и «ушки» для крепления пояса. Эту пластину рекомендуют носить с поясом для более прочной фиксации.

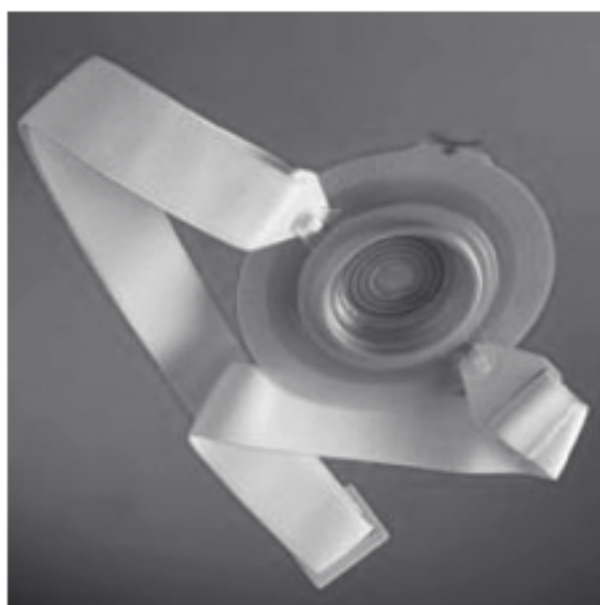


Рис. 34. Конвексная пластина для пациентов с втянутой стомой

Особенности диеты стомированных больных

Питание играет немаловажную роль в процессе адаптации пациента к жизни со стомой, регулирования работы кишечника, восстановления организма после перенесенной операции и дальнейшей реабилитации стомированного пациента. Учитывая индивидуальные особенности каждого организма, дать универсальные инструкции по диете не представляется возможным. Каждый стомированный пациент должен выработать собственный режим питания. Лучше всего сначала вести так называемый дневник питания, в который следует записывать все блюда и все продукты питания, потребляемые за день, и реакцию кишечника

на их прием. Так постепенно можно будет исключить из рациона те блюда или продукты, которые вызывают нежелательные явления (запор, диарею, вздутие живота и т.д.). Пища должна быть здоровой и вкусной, а ее прием должен доставлять удовольствие.

Следует дать пациенту рекомендации по правильному питанию:

- Принимайте пищу 3–4 раза в день, в одно и то же время.
- Старайтесь не наедаться на ночь.
- Медленно и тщательно пережевывайте пищу.
- Питание должно быть сбалансированным, пища должна содержать углеводы, белки, жиры, витамины и минеральные соли. В первые месяцы после операции воздерживайтесь от потребления пищи, содержащей клетчатку (свежих овощей и фруктов, хлеба из муки грубого помола, пшенной каши, риса).

- Употребляйте не менее 1,5–2 л жидкости в день (8–10 стаканов). Это может быть вода, фруктовый сок, молоко, чай, кофе и другие напитки.

- В повседневном рационе должны присутствовать мясо, рыба, кисломолочные и молочные изделия, овощи и фрукты.

- Воздерживайтесь от потребления жирных продуктов, копченостей, острой и маринованной пищи, не следует также злоупотреблять спиртными напитками.

Стомированные пациенты не обязаны придерживаться строгой диеты, но должны знать, какие продукты оказывают закрепляющее или послабляющее действие, или способствуют газообразованию.

Рекомендации по приему пищи при запорах:

- Пейте не менее 2 л жидкости в день. Употребляйте напитки до и после еды.

- Увеличьте потребление продуктов, содержащих клетчатку: свежих фруктов и овощей, геркулесовой и пшенной каши, хлеба из муки грубого помола.

- Ешьте регулярно и сытно.
- Увеличьте общую физическую активность, это стимулирует работу кишечника.
- Воздержитесь от потребления тяжелоперевариваемых продуктов, таких как орехи, кукуруза, грибы, яйца, рис.

Рекомендации по приему пищи при диарее:

- Пейте не менее 2 л жидкости в день. Употребляйте напитки после еды.
- Принимайте пищу регулярно и небольшими порциями.
- Употребляйте в пищу продукты, оказывающие закрепляющий эффект.
- Воздержитесь от потребления жирной и острой пищи.

Послабляющим эффектом обладают:

- сырые овощи и фрукты
- чернослив, инжир, сливы
- фасоль
- свежавыжатые соки
- кисломолочные продукты
- минеральная вода (без газа)

Закрепляющим эффектом обладают:

- рис
- сухари, сушки
- шоколад, сладости
- черника, бананы, печеные яблоки
- кипяченое молоко, кисели

Продукты, способствующие газообразованию:

- безалкогольные газированные напитки и пиво
- горох, бобы, кукуруза
- капуста: цветная, белокочанная, брокколи
- корнеплоды, огурцы
- шпинат, лук, чеснок
- абрикосы, бананы, груши
- грибы
- яйца

Продукты, усиливающие выделение неприятного запаха при переваривании:

- некоторые сорта сыра
- рыба, яйца
- капуста, лук, чеснок
- пряности и специи

Продукты, способствующие уменьшению выделения неприятного запаха:

- йогурт
- брусника
- зеленый салат, петрушка
- шпинат

Повышенному газообразованию может способствовать курение и жевание резинки.

Предотвратить повышенное газообразование позволяет:

- активированный уголь
- масло перечной мяты, растворенное в горячей воде
- чай с мятой

Для борьбы с запахом применяется калоприемник с фильтром.

Фитотерапия при склонности к запорам

Сбор №1. Ромашка аптечная (цветки) — 1 часть (ч).

Чабрец ползучий (трава) — 1 ч.

Бузина черная (цветки) — 1 ч.

Жостер слабительный (плоды) — 1 ч.

Тмин обыкновенный (плоды) — 1 ч.

Лен посевной (семена) — 1 ч.

Мята перечная (трава) — 1 ч.

Сбор №2. Душица обыкновенная (трава) — 1 ч.

Аир болотный (корневище) — 1 ч.

Липа сердцевидная (цветки) — 1 ч.

Ромашка аптечная (цветки) — 1 ч.

Подорожник большой (лист) — 1 ч.
Кишнец посевной (семена) — 1 ч.

Сбор №3. Ромашка аптечная (цветки) — 2 ч.
Липа сердцевидная (цветки) — 2 ч.
Ноготки лекарственные (цветки) — 2 ч.
Душица обыкновенная (травы) — 1 ч.
Тысячелистник обыкновенный (травы) — 2 ч.
Цикорий обыкновенный (корень) — 1 ч.
Одуванчик лекарственный (корень) — 1 ч.
Крушина ломкая (кора) — 1 ч.

Способ приготовления: 1 столовая ложка смеси заливается 500 мл кипятка, кипятится на слабом огне 10 минут, затем настаивается 2 часа.

Прием: по 1/2 стакана 4 раза в день за 30-40 минут до еды.

Фитотерапия при склонности к поносу

Сбор №4. Горец змеиный (корневище) — 2 ч.
Черемуха обыкновенная (плоды) — 1 ч.
Гранат (кора) — 1 ч.
Черника (ягоды) — 1 ч.
Тмин обыкновенный (плоды) — 1 ч.
Тысячелистник обыкновенный (травы) — 1 ч.

Сбор №5. Кровохлебка лекарственная (корни) — 2 ч.
Бадан толстолистный (корневище) — 1 ч.
Шиповник (плоды) — 2 ч.
Черника (ягоды) — 1 ч.
Зверобой продырявленный (травы) — 2 ч.
Овес посевной (зерновки) — 2 ч.
Земляника лесная (травы) — 1 ч.
Укроп пахучий (семена) — 1 ч.

- Сбор №6. Подмаренник настоящий (трава) — 1 ч.
Лапчатка прямостоящая (корневище) — 2 ч.
Зверобой продырявленный (трава) — 2 ч.
Фенхель обыкновенный (плоды) — 1 ч.
Тысячелистник обыкновенный (трава) — 2 ч.
Окопник лекарственный (корень) — 1 ч.

Способ приготовления: 2 столовые ложки смеси заливаются 700 мл кипятка, кипятится на слабом огне 10 минут, затем настаивается 2 часа.

Прием: по 120 мл за 30-40 минут до еды.

4.4. ПАЛЛИАТИВНЫЕ И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

Более 70% больных раком пищевода являются неоперабельными из-за распространенности опухолевого процесса или тяжелой сопутствующей патологии. Основным клиническим симптомом распространенного рака пищевода и кардиального отдела желудка является *дисфагия*, возникающая при сужении просвета на 50-75%. Средняя продолжительность жизни пациентов с тяжелой опухолевой дисфагией составляет 90 дней. Исходя из этого, основной целью паллиативного лечения больных раком пищевода должно быть восстановление либо сохранение энтерального питания, нарушенного вследствие обтурации опухолью просвета органа, и повышение качества жизни. Консервативная противоопухолевая терапия в этой ситуации малоэффективна и больные практически обречены. Традиционными методами лечения неоперабельных больных раком пищевода, осложненного дисфагией, являются: *хирургический*: гастро- либо еюностомия; *эндоскопический*: механический (периодическое бужирование опухолевой стриктуры); баллонная дилатация; деструкция (химический некролиз, электрохирургический, лазерная коагуляция,

аргоноплазменная коагуляция, фотодинамическая терапия); установка нитиноловых стентов.

Ни один из перечисленных методов не может претендовать на универсальность, для каждого есть свои показания.

Гастростома

Гастростомия — это операция образования отверстия в желудке (гастростома), через которое вводится резиновая трубка для отведения для обеспечения больного питанием. Жидкая, кашицеобразная пища вводится в таких случаях капельно через зонд, проведенный в гастростому.

Из гастростом, которые способны функционировать в течение длительного времени, и в настоящее время наиболее распространены два способа их наложения, которые производятся по двум самым старым методикам, разработанным Witzel и Kader. Преимуществом этих двух способов является то, что гастростомы, как правило, легко спонтанно закрываются после удаления трубки. Для наложения длительной гастростомы применяют чаще всего метод Beck—Jianu.

Гастростомия по Witzel

Производится через левый верхний трансректальный доступ. На переднюю стенку желудка продольно накладывается катетер Nelaton или Foley №28—30 Ch.

На участке уложенного катетера длиной в 6–8 см накладываются охватывающие его серозно-мышечные швы; таким образом, вокруг резиновой трубки создается своеобразный серозно-мышечный канал из двух складок, прошитых иглой за серозный слой. Эти две складки должны быть на таком расстоянии друг от друга, чтобы после завязывания нитей желудок плотно обхватывал катетер. Для создания канала Witzel обычно достаточно 6–8 швов. Как правило, у верхнего края канала на желудок накладывается кисетный серозный шов, в центре которого накладывается отверстие на желудке для введения в него катетера (рис. 35).



Рис. 35. Гастростома по Witzel

Необходимо внимательно следить за тем, чтобы предназначенный для этого конец катетера действительно попал в желудок, а не между серозно-мышечным слоем и слизистой. Убедившись, что конец трубки катетера попал в просвет желудка, можно завязывать нити кисетного серозного шва и тем самым закончить создание канала по Witzel. Большим шприцем в желудок вводится стерильный изотонический физиологический раствор, таким путем производят контроль расположения и проходимости трубки. Трубку можно вывести различными путями. 1. Круглый участок желудка диаметром примерно в 2 см, где трубка выходит из канала Witzel, узловатыми серозными швами прикрепляют к париетальной брюшине. Обычно в эти швы захватываются и края кожной раны. Таким образом, сопоставляются кожа, париетальная и висцеральная брюшина. При таком шве париетальная брюшина покрывает подкожную клетчатку и препятствует инфицированию ее в случае вытекания желудочного содержимого. Остальные части раны брюшной стенки послойно ушиваются. 2. Трубка может быть выведена и через отдельное отверстие в брюшной стенке.

Гастростомия по Kader

Доступ к желудку осуществляется через левостороннюю верхнюю трансректальную лапаротомию. На передней стенке желудка по кругу диаметром примерно

в 2 см накладывают кисетный серозный шов. В центре образованного круга скальпелем производят небольшое отверстие в желудке. Выступающее желудочное содержимое отсасывается, в просвет желудка вводится катетер Nelaton или Foley №28–30 Ch. Кисетный шов вокруг трубки затягивается. На расстоянии примерно 1 см от этого шва накладывается второй кисетный серозный шов и после погружения первого шва завязывается также и второй шов (рис. 36). Если участок свободной поверхности желудка достаточен для этого, можно наложить и третий кисетный шов для закрепления катетера. Катетер выводится так же, как и при операции по Witzel. Ту часть желудка, где из него выходит катетер, прикрепляют несколькими швами к париетальной брюшине, а также к кожному покрову брюшной стенки. По какому бы методу ни проводилась операция (по Kader или Witzel), в конце этого вмешательства трубка прикрепляется швом к краю кожной раны. В течение двух недель свищевой ход настолько хорошо сформирован, что можно даже менять трубку. При методе Witzel формируется горизонтальный, а при методе Kader — вертикальный канал из передней стенки желудка. Спустя несколько месяцев нельзя уже

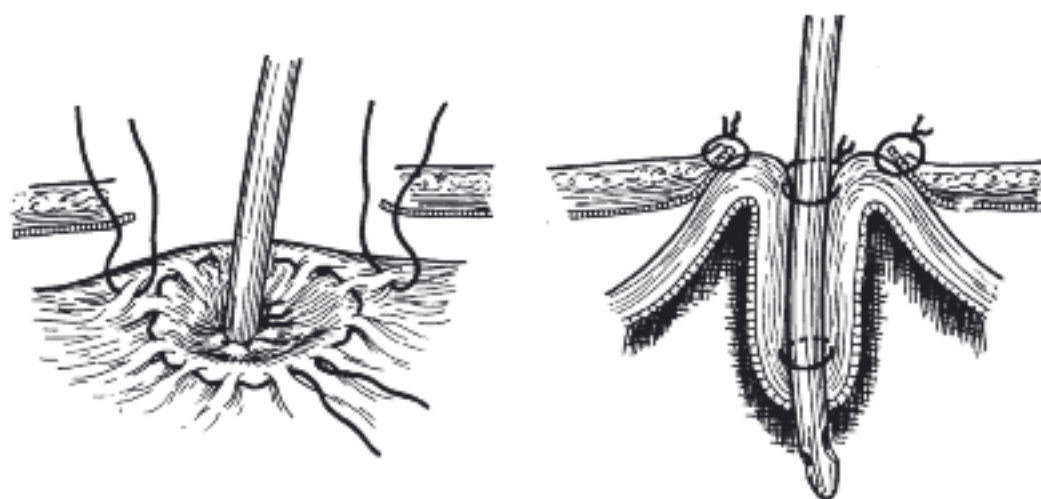


Рис. 36. Гастростома по Kader

распознать, какой способ вмешательства был применен, так как гастростома, наложенная по Witzel, распрямляется и принимает такую же форму, как и свищ Kader.

Гастростомия по Векс—Джану

Суть этого способа оперативного вмешательства состоит в том, что трубка от желудка до кожной поверхности проходит в канале, выстланном слизистой. По ходу большой кривизны желудка, на участке в несколько сантиметров, вблизи от поперечно-ободочной кишки, пересекается желудочно-ободочная связка. На правой стороне от конца отверстия между двумя лигатурами рассекается желудочно-сальниковая артерия. Здесь же, тупым путем, не повреждая слизистую, с помощью салфетки, зажатой в инструменте, или инструмента с тупыми концами по направлению к кардии формируют туннель длиной 1-2 см между серозно-мышечным слоем и слизистой. На верхнем конце туннеля в мукозном слое делается небольшое отверстие, и в просвет желудка вводится катетер Nelaton или Foley. Над катетером ранее рассеченный серо-мускулярный слой сшивается узловатыми швами, только на нижнем конце туннеля оставляется такое отверстие, чтобы через него прошла

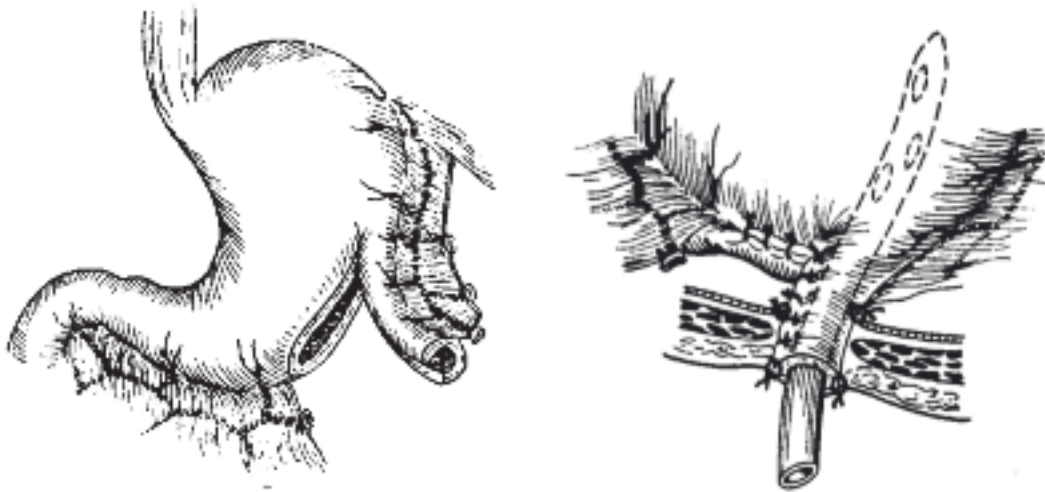


Рис. 37. Гастростома по Векс—Джану

трубка. Одним-единственным швом трубка прикрепляется к стенке желудка. Трубка выводится через особое отверстие в брюшной стенке (рис. 37), участок желудка вокруг трубки узловатыми серозными швами прикрепляется к париетальной брюшине.

Преимуществом и в то же время недостатком данного способа является то, что если был удален катетер, то его уже больше нельзя будет ввести обратно в желудок через то же отверстие, так как оно в течение короткого времени закрывается.

Гастростомия по Топроверу

Впервые опубликована советским хирургом Г.С. Топровером в 1934 году, предполагает образование губовидного свища желудка для длительного использования. Техника выполнения: левый трансректальный доступ, как при гастростомии по Витцелю. Передняя стенка желудка выводится в рану в виде конуса, на вершину которого накладываются два шва-держалки. Ниже вершины конуса concentрически последовательно накладывают три кисетных шва на расстоянии друг от друга 1,5-2 см, концы нитей которых не затягиваются. Просвет желудка вскрывается на вершине конуса между держалками, в образовавшееся отверстие

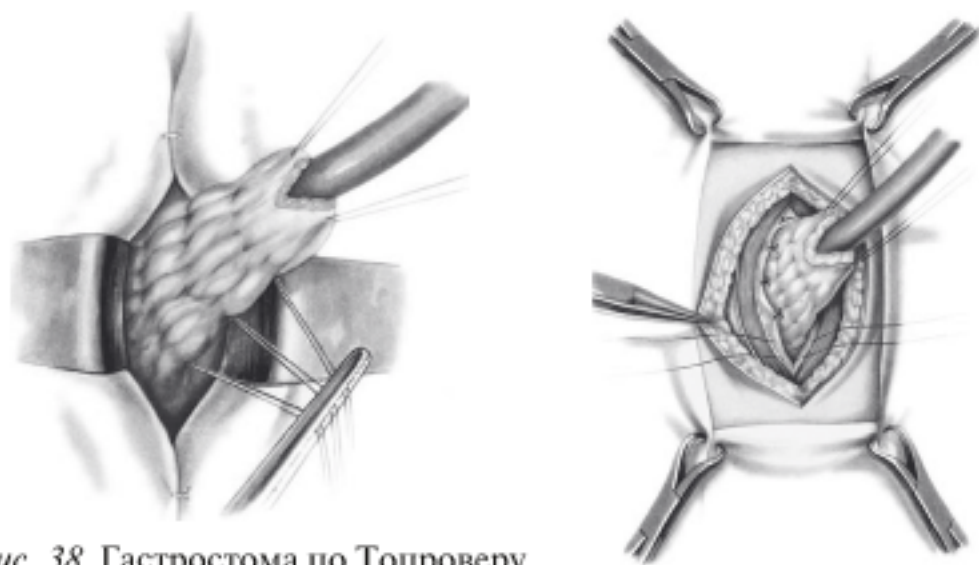


Рис. 38. Гастростома по Топроверу

вводится резиновая трубка диаметром 1 см и нити наложенных кисетных швов последовательно затягиваются, что приводит к образованию вокруг введенной трубки трех складок-клапанов.

С целью сохранения образовавшегося канала конус желудка фиксируют к слоям разреза брюшной стенки: на уровне самого глубоко расположенного кисета стенку конуса фиксируют к париетальной брюшине, выше расположенный участок — к краям разреза прямой мышцы, и самый верхний участок (на уровне первого кисета) — к краям кожного разреза; эти последние швы накладывают так, чтобы слизистая оболочка желудка на уровне разреза кожи выступала над ним. Остающиеся отверстия брюшины, мышц и кожи последовательно ушивают. Трубку после окончания хирургического вмешательства извлекают, после чего образуется канал с клапанами и губовидный свищ. Клапаны препятствуют изливанию желудочного содержимого. Для кормления пациента в свищ вводится резиновая трубка.

Преимущества: отсутствие необходимости постоянного ношения резиновой трубки; нет опасности самопроизвольного зарастания свища, так как он выстлан на всем протяжении слизистой оболочкой желудка. Недостатки: для наложения свища по Топроверу требуется свободная площадка на передней стенке желудка диаметром 8-10 см, перетягивание желудочного конуса трехэтажными кисетными швами приводит к нарушению кровоснабжения, атрофии слизистой оболочки и мышечного слоя желудочного конуса с потерей клапанных свойств и, возможно, к наступлению некроза слизистой.

Лапароскопическая гастростома

Бурное развитие эндоскопической и лапароскопической техники в последние годы привело к созданию менее инвазивных методик. Разработан лапароскопический способ наложения гастростомы, но широкую популярность

получила эндоскопическая гастростомия из-за своей минимальной травматичности для больного. Впервые она описана Ganderer в 1980 году (рис. 39). Сначала желудок подтягивается к брюшной стенке специальными Т-образными держалками; под контролем эндоскопа через брюшную стенку в желудок вводится двухпросветная трубка. Раздувается удерживающий трубку на месте баллончик. Обычно в течение первых 24 часов образуются спайки между желудком и передней брюшной стенкой и, таким образом, опасность подтекания желудочного содержимого в брюшную полость сводится к нулю. Если необходимость в гастростоме отпадает, то трубка просто удаляется. Отверстие обычно закрывается в течение первых суток.

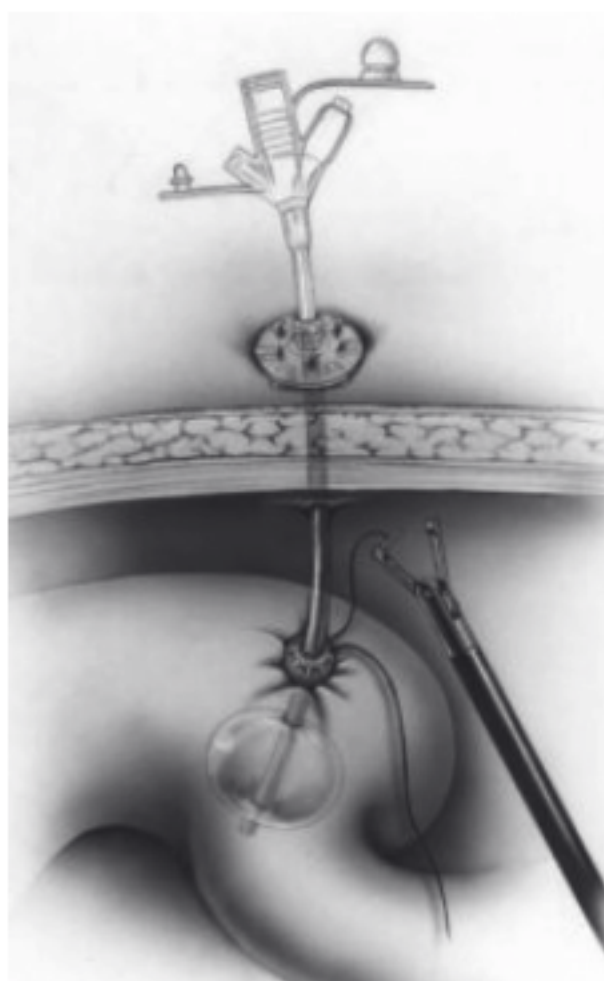


Рис. 39.
Лапароскопическая гастростома

Гастростомия и еюностомия обладают глубокими косметическими дефектами и не дают перспективы социальной реабилитации.

Стентирование

Эндоскопическое стентирование пищевода — наименее травматичное и весьма эффективное вмешательство, дающее хороший лечебный эффект. Стентирование — это оптимальный способ помощи пациентам с опухолевыми и доброкачественными стриктурами (сужениями) ЖКТ, которым хирургическое лечение не показано ввиду распространенности опухолевого процесса или при наличии противопоказаний к его проведению (рис. 40). Стенты изготавливают из Nitinol (титано-никелевый сплав). Они находятся в сжатом состоянии внутри системы установки малого калибра. Nitinol обладает температурной памятью, что обеспечивает его расправление под действием температуры тела.

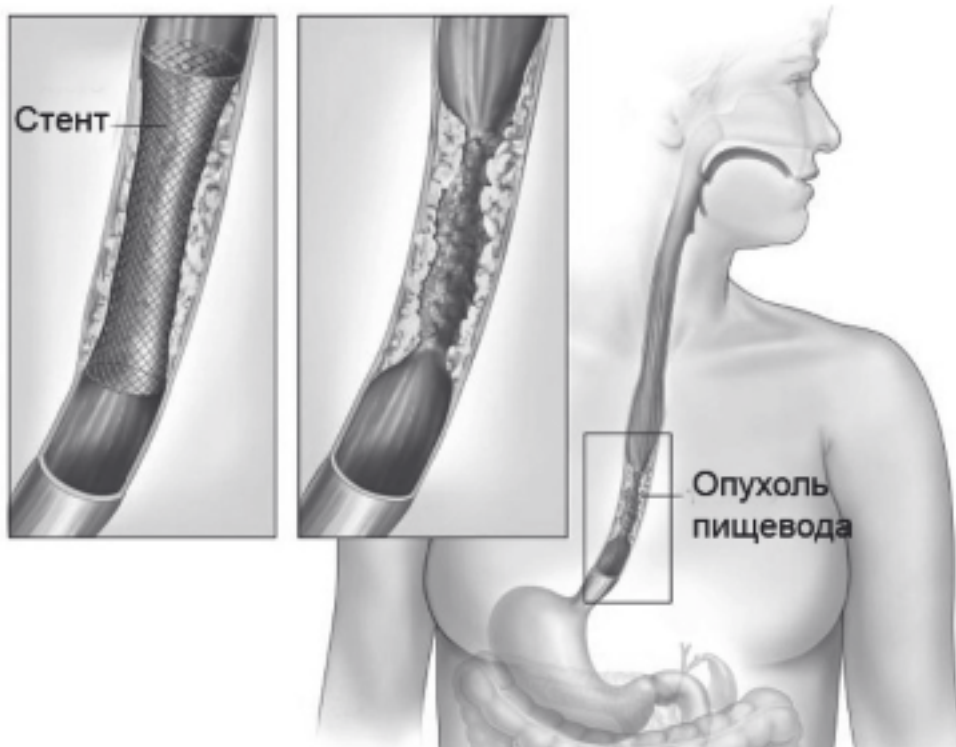


Рис. 40. Стентирование при раке пищевода

Различают непокрытые стенты и стенты с пластиковым внутренним и/или внешним покрытием. Преимуществом непокрытых стентов является менее выраженная способность к миграции, особенно в зоне кардии. Однако непокрытые стенты более подвержены прорастанию опухолью, поэтому в настоящее время в основном применяются стенты с покрытием. Большинство стентов на проксимальном конце имеет расширение для предупреждения дистальной миграции (рис. 41).



Рис. 41. Пищеводный стент с пластиковым покрытием

Техника эндоскопического стентирования под визуальным контролем

1. Длина стента подбирается индивидуально с учетом того, что расширенные участки на обоих концах протеза должны находиться вне зоны опухолевого поражения, выступая за край опухоли на 3 см.

2. При эзофагогастроскопии уточняется проксимальная и дистальная граница опухоли.

3. Через эндоскоп по биопсийному каналу проводится струна-проводник. По струне вводится доставочное устройство со стентом (рис. 42).

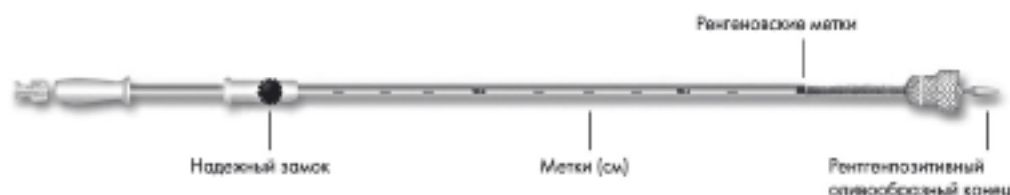


Рис. 42. Доставочное устройство со стентом

4. При повторном введении эндоскоп устанавливается в просвет пищевода выше границы опухолевого сужения для контроля за положением проксимального края стента.

5. Стент плавно выталкивается из доставочного устройства и расправляется (рис. 43).



Рис. 43. Стент расправился, восстановлен просвет пищевода

6. Доставочное устройство и проводник извлекаются.

7. Для определения положения дистального края стента и степени его раскрытия проводят контрольное рентгенологическое исследование в день операции или через сутки после установки стента (рис. 44).

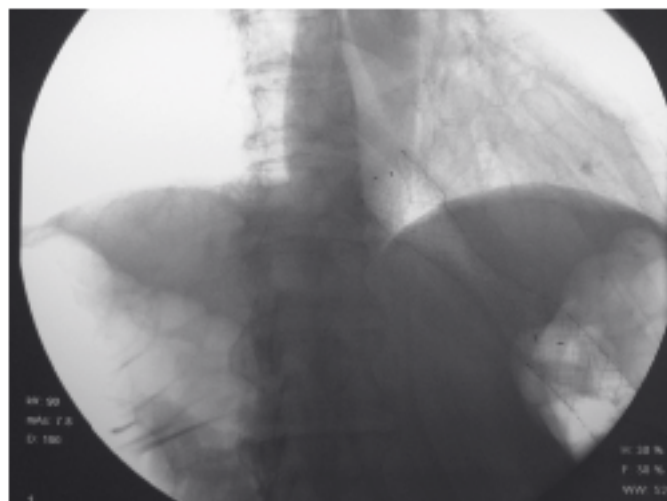


Рис. 44. Рентгенологическое исследование в день постановки стента

Рост хирургического мастерства и успехи анестезиологии и реаниматологии позволяют в клиниках с большим опытом пищеводной хирургии при нерезектабельном раке пищевода использовать различные варианты шунтирующих операций, обеспечивающих максимальную социальную реабилитацию больных и благоприятные условия для проведения дополнительной консервативной терапии. В качестве обходной вставки можно использовать желудок, тонкую и толстую кишку. Пищеводный анастомоз при этом можно формировать в плевральной полости либо на шее. Но подобные операции являются прерогативой специализированных высокопрофессиональных хирургических клиник с большим опытом пищеводной хирургии. Травматичность оперативного вмешательства на пищеводе обуславливает высокую вероятность послеоперационных осложнений и летального исхода, именно поэтому, когда паллиативный характер вмешательства прогнозируется на этапе диагностики, предпочтение отдают консервативному лечению, а при выраженной дисфагии формируют гастростому или еюностому. Показания к заведомо паллиативным резекциям пищевода крайне ограничены, в отличие от операций на желудке, где фатальные осложнения первичной опухоли возникают гораздо чаще.

4.5. ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Распад и кровотечение из опухоли, перфорация стенки органа, декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка, все перечисленные осложнения рака желудка требуют хирургического лечения, даже при наличии отдаленных метастазов.

Гастрозитеростомия — показана при технически неудаляемом раке антрального отдела желудка с явлениями стеноза. Существует много методик наложения гастроэнтероанастомоза в зависимости от: проведения тощей кишки

(над или под ободочной кишкой), стенки желудка (передней или задней), анастомозируемой с тощей кишкой, положения соустья по отношению к оси желудка (вертикальное, горизонтальное), длины приводящей петли кишки (длинная, короткая, ультракороткая). В настоящее время стандартной методикой является впередиободочный гастроэнтероанастомоз на длинной петле с межкишечным соустьем по Брауну.

Гастроэнтероанастомозы

Гастроэнтероанастомоз — сообщение между желудком и кишечником, образованное оперативным путем. Как правило, образуют гастроеюностому. Показания к наложению гастроэнтероанастомоза в настоящее время очень сузились. Как самостоятельная операция наложение гастроэнтероанастомоза производится очень редко, в случаях иноперабельной карциномы в области привратника желудка. Желудок располагается над брыжейкой поперечно-ободочной кишки, а тощая кишка — под ней. Эти два органа могут быть соединены друг с другом в том случае, если:

- на брыжейке поперечно-ободочной кишки будет сделано отверстие и через него тощая кишка будет подведена к желудку (*gastroenteroanastomosis retrocolica*);

- тощую кишку подведут к желудку перед большим сальником и поперечно-ободочной кишкой (*gastroenteroanastomosis antecolica*).

Анастомоз может быть наложен на передней (*anastomosis anterior*) и на задней (*anastomosis posterior*) стенке желудка. В обоих случаях к желудку подводится двойная петля тощей кишки, одна из них — оральная — будет приводящей, вторая — каудальная — отводящей. Согласно этому, может быть наложено четыре способа гастроэнтероанастомозов:

1. *gastroenteroanastomosis antecolica anterior* (Wolfler, 1881);

2. gastroenteroanastomosis antecolica posterior (Монастырский, 1885);

3. gastroenteroanastomosis retrocolica anterior (Billroth, 1885);

4. gastroenteroanastomosis retrocolica posterior (Hacker, 1885).

На практике распространены только первый и четвертый способы, третий способ используется только в исключительных случаях. Второй способ анастомоза распространения не получил.

Особой формой гастроэнтероанастомоза является Y-анастомоз по Roux (1893); при нем имеется только отводящая петля кишки, так как к желудку подводится только одна петля тощей кишки. В принципе и этот анастомоз может иметь четыре вышеназванных варианта.

Y-образный анастомоз по Roux как самостоятельная операция не производится, его используют для восстановления пищеварительного канала после резекций или повторных резекций желудка.

Gastroenteroanastomosis

Производится верхняя срединная лапаротомия. Сальник и поперечно-ободочная кишка оттягиваются ассистентом кверху и кпереди, благодаря чему открывается двенадцатиперстно-тощекишечный изгиб (flexuraduodeno-jejunalis). Если нет сращений, то первую петлю тощей кишки легко распознать по тому, как она появляется из забрюшинного пространства. Возможные сращения разделяются ножницами лишь настолько, чтобы отдельные кишечные петли приняли свое первоначальное положение. Верным признаком того, что перед нами двенадцатиперстно-тощекишечный изгиб, является то, что вправо от него (к правой стороне тела больного) проходит перед последним отделом двенад-

цатиперстной кишки, вертикально-верхняя брыжеечная артерия и вправо от нее — одноименная вена. Слева от изгиба, за задней париетальной брюшиной, проходит снизу вверх нижняя брыжеечная вена. Следовательно, этот изгиб располагается между нижней брыжеечной веной (слева от изгиба) и верхней брыжеечной артерией (справа от изгиба).

Петля тощей кишки берется в 20–25 см от двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба и поднимается впереди от сальника и поперечно-ободочной кишки в верхний отдел брюшной полости, где помещается рядом с желудком.

Место для наложения анастомоза выбирается далеко от привратника, чтобы в случае опухоли в области привратника сужение анастомоза происходило как можно позднее. Место для анастомоза выбирается на бессосудистом участке по продольной оси желудка. Принято сшивать тонкую кишку с желудком изоперистальтически, однако и антиперистальтическое расположение не сопровождается никакими последствиями.

Часть желудка, подлежащая вскрытию, поднимается и зажимается в поперечном направлении у ее основания мягким зажимом, чтобы сильно инфицированное желудочное содержимое (опухоль, анацидность) не попало на брюшину. Желудок сшивают с тонкой кишкой непрерывными серо-серозными швами на протяжении примерно 10 см. На расстоянии около полусантиметра от ряда швов на желудке на протяжении 6–8 см рассекается серозно-мышечный слой. Коагулируются сосуды подслизистого слоя. Затем рассекается слизистая. Просвет кишки вскрывается на такую же длину. В случае опухоли из стенки желудка выкраивается овальный лоскут, чтобы на гипертрофически уплотненной стенке образовалась щель, которую длительное время не смо-

жет закрыть растущая опухоль. После рассечения слизистой желудка и кишки отсасывается содержимое этих органов, и их внутренняя поверхность вытирается салфетками. Накладывается непрерывный прошивной ряд швов, затем передний непрерывный ряд швов и, наконец, передним серо-серозным швом завершается наложение анастомоза. После наложения анастомоза по данному способу содержимое двенадцатиперстной кишки (желчь, панкреатический сок, кишечное отделяемое) должно сначала по приводящей петле кишки попасть от двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба к месту анастомоза, а уже потом по отводящей петле — в нижний отдел кишечника. Чтобы содержимому кишки не нужно было преодолевать такой обходной путь, обычно между нижележащими частями приводящей и отводящей петель тощей кишки накладывається анастомоз по Braun, или еюно-еюнальный анастомоз (рис. 45).

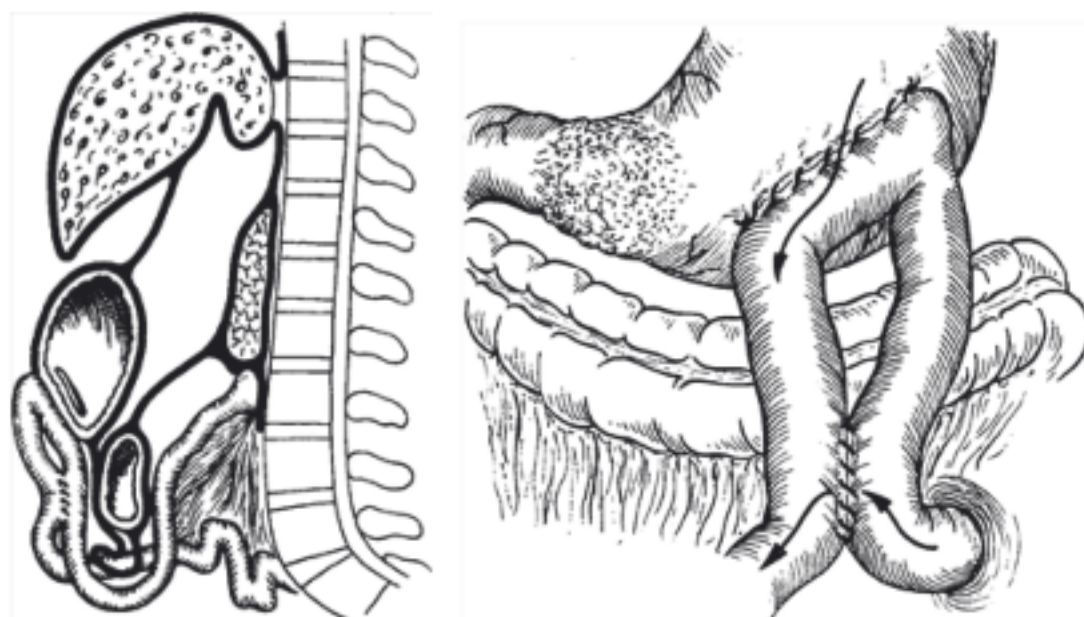


Рис. 45. Впереди ободочный гастроэнтероанастомоз на длинной петле с межкишечным соустьем по Braun

Паллиативная резекция желудка

Паллиативная резекция желудка — когда операция при резектабельной опухоли в связи с наличием неудалимых метастазов или при вынужденных условиях (кровотечение, стеноз, невозможность полностью удалить опухоль) выполняется заведомо нерадикально. В этих случаях целесообразно выполнять не субтотальную резекцию, а резекцию 2/3 желудка для устранения стеноза и удаления опухоли как источника кровотечения, при этом лимфодиссекцию выполнять не следует. В отдельных случаях выполняется паллиативная гастрэктомия, но только в клиниках, обладающих большим опытом выполнения подобных операций, с низкими показателями послеоперационных осложнений и летальности. Противопоказанием к паллиативной резекции являются: тотальный канцероматоз брюшины, асцит (2-3-й степени).

Паллиативные резекции желудка и гастрэктомии могут выполняться у достаточно соматически сохранных пациентов в случае, если во время операции выявлены отдаленные метастазы, которые не были диагностированы до операции. Особую группу составляют больные раком желудка с такими осложнениями, как кровотечение и перфорация опухоли. Кровотечения при раках нижней трети желудка длительное время носят скрытый характер с постепенным нарастанием анемии. В подобной ситуации после постановки диагноза требуется проведение гемостатической терапии, восполнение объема кровопотери и ускоренная подготовка к плановой операции. Кровотечение профузного характера при распадающихся опухолях желудка характеризуются быстрым нарастанием клиники: резкая слабость, бледность, падение артериального давления, учащенный пульс, рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул. Выполнения ФГС в срочном порядке поможет подтвердить диагноз. Необходимо проведение интенсивной гемостатической и кро-

везамещающей терапии, после чего показано выполнение экстренного оперативного вмешательства. При операбельности показаны радикальные резекции желудка и гастрэктомии. При неоперабельном процессе и тяжелом состоянии пациента выполняются паллиативные операции в виде атипических резекций желудка, позволяющих спасти больного при угрозе фатального кровотечения. Таким образом, при желудочном кровотечении на фоне распадающейся опухоли желудка только резекция, типичная или атипичная, радикальная или паллиативная, сегментарная или субтотальная, иногда и гастрэктомия — могут обеспечить надежный гемостаз. При невозможности выполнить атипичную резекцию желудка возможно прошивание и перевязка сосудов, питающих желудок, но это менее эффективный метод борьбы с кровотечением.

Перфорация (прободение) желудка

Прободение (перфорация) желудка является результатом распада опухоли. Клиника перфорации ярко выражена: острая боль в животе с иррадиацией в плечо, затрудняющая дыхание; напряжение брюшной стенки живота; симптомы раздражения брюшины; исчезновение печеночной тупости... Уточнению диагноза способствует обзорная рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости, обнаружение при этом свободного воздуха под печенью или под диафрагмой, выход контраста из полости желудка в свободную брюшную полость. В сомнительных для диагностики случаях целесообразно выполнение УЗИ, ФГС. При сохранении сомнений показана диагностическая лапароскопия и лапаротомия. Операция является единственным методом лечения больных с перфорацией рака желудка. Наиболее оптимальным объемом является резекция желудка. Объем и способ резекции не всегда соответствуют в подобной ситуации онкологическим требованиям, а преследуют цель

спасти больного. В этих случаях резекции могут быть атипическими, паллиативными и с увеличением объема до гастрэктомии.

Перфорация неизбежно приводит к развитию перитонита. При тяжелом общем состоянии пациента, перитоните, неподвижности опухоли, неподготовленности хирурга к выполнению резекции желудка или гастрэктомии выполняется ушивание перфоративного отверстия в распадающейся опухоли. Как правило, это малонадежно. Ушивание проще выполнять по методу Оппеля–Поликарпова, тампонируя большим сальником и фиксируя его к стенке желудка (рис. 46).

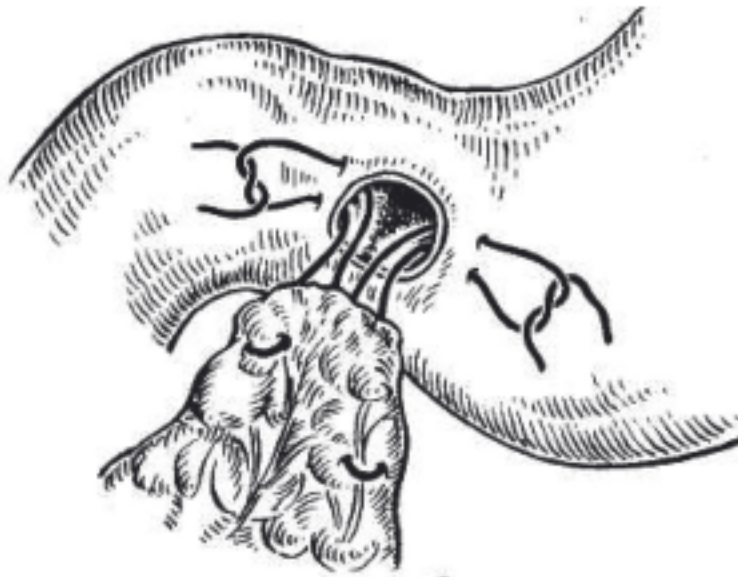


Рис. 46.
Ушивание перфоративного отверстия по Оппелю–Поликарпову

При перфорации карциномы желудка ушить перфорационное отверстие гораздо труднее, чем при перфорации язвы, так как опухолевая инфильтрация желудочной стенки и ее очень ломкая ткань делает заведомо невозможным наложение швов. В таких случаях перфоративное отверстие можно использовать в качестве свища-гастростома по Neumann. Для этого в отверстие вводится резиновая трубка в соответствии с диаметром перфорации, она окутывается сальником, который сшивается со стенкой желудка и пе-

риетальной брюшиной. Трубка выводится через отдельный разрез на брюшную стенку, формируя своеобразную гастростому.

Через перфорационное отверстие и желудок вводится катетер Nelaton или Foley такой толщины, чтобы он плотно прилегал к стенкам отверстия. Затем большой сальник извлекается из брюшной полости и помещается вокруг трубки с помощью нескольких серозных швов. Из сальника образуют влагалище для резиновой трубки. Это обертывание сальником в виде своеобразного влагалища сшивается с желудочной стенкой и париетальной брюшиной (рис. 47).



Рис. 47.
Гастростома
по Neumann

Операция по оригинальному способу Neumann не всегда возможна, так как при карциноме желудка метастазы могут быть и в сальнике, сальник может быть сморщенным. Измененный способ операции может быть применен во всех случаях, даже у больных в самом тяжелом состоянии, так как вся операция длится примерно 10 минут. Для этого в перфорационное отверстие проводится трубка, вокруг отверстия накладывается 3—4 полоски марли, чтобы они полностью охватывали катетер. Трубку и полоски марли про-

тягивают через отверстие в прилегающей брюшной стенке и затем закрывают лапаротомическое отверстие. Такое гастростомическое отверстие больше затем уже не закрывается, но с его помощью можно продлить больному жизнь.

Иногда перфорационное отверстие располагается атипично и его трудно обнаружить. Поэтому, если больного оперируют по поводу подозрения на перфорацию желудка, должна быть произведена тщательная ревизия передней и задней стенок желудка, от кардии до привратника. Если на передней стенке не удастся найти перфорационное отверстие, то пересекают между лигатурами на протяжении 8—10 см желудочно-поперечно-ободочную связку (*lig. gastrosolicum*), тем самым, вскрывая сумку сальника, получают возможность для свободного осмотра задней стенки желудка. Иногда маленькое перфорационное отверстие обнаруживается высоко, близ кардии на задней стенке, у малой кривизны.

Таким образом, можно устранить опасность для жизни больного. Во всех случаях операция заканчивается тщательной санацией и дренированием.

Еюностомия

Еюностомия является паллиативной операцией, которую производят для питания больного. К еюностомии прибегают в тех случаях, когда для питания больного нет возможности произвести гастростомию (ожоги желудка, рецидив рака культи желудка, свищ пищеводно-кишечного соустья, свищ двенадцатиперстной кишки и т.д.). Эту операцию, так же как и гастростомию, можно произвести по типу трубчатого (временного) или губовидного (постоянного) свища.

Наибольшее распространение получил способ Айзельсберга—Витцеля (*Eiselsberg—Witzel*) и его модификации. Данная методика не осложняется мацерацией кожи

и не требует дополнительной операции для последующего закрытия. Верхним срединным разрезом вскрывают брюшную полость. Извлекают петлю тощей кишки и на расстоянии 20-30 см от flexuraduodenojejunalis к свободному краю



Рис. 48. Вскрытие просвета тонкой кишки

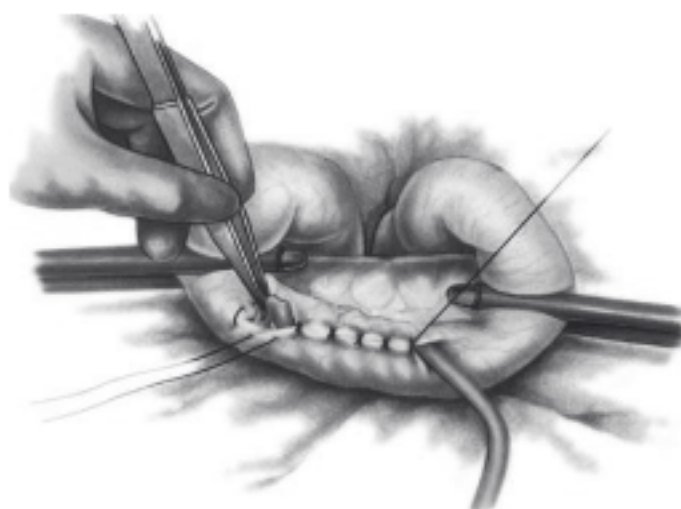


Рис. 49. Погружение резиновой трубки в просвет кишки

кишки прикладывают резиновую трубку небольшого диаметра (0,5-0,7 см). Последнюю вшивают узловыми швами или непрерывным кетгутовым серозно-мышечным швом на протяжении 5-7 см, так чтобы конец трубки, предназначенный для погружения в кишку, был направлен в сторону отводящего колена петли (рис. 48). Этот конец трубки несколько приподнимают и накладывают полукисетный шов, в центре которого рассекают стенку кишки на протяжении 0,5 см. Конец трубки погружают в просвет кишки и зашивают ранее наложенный кисетный шов (рис. 49). Далее

производят энтеро-энтеростомию между приводящим и отводящим коленом кишки (рис. 50).

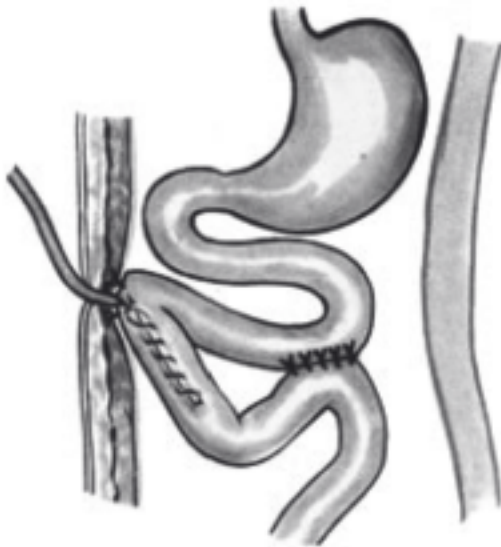


Рис. 50. Схема операции с наложенным энтеро-энтероанастомозом

при невозможности выполнения эндоскопического стентирования, мы отказались от наложения гастростомы в пользу еюностомы. В нашей клинике применяется оригинальная модифицированная методика, представленная на рисунке 51. На расстоянии 10 см от связки Трейца в дистальном направлении формируется непрерывный серо-серозный шов протяженностью 18-20 см между брыжеечными краями проксимальной и дистальной ветвей петли тощей кишки. На расстоянии 8-10 см от вершины сформировавшейся петли кишки в отводящем колене делается отверстие, через которое в просвет кишки вводится и продвигается на 25-30 см в дистальном направлении мягкий толстый хлорвиниловый зонд. Он фиксируется кисетным швом. На 5-6 см проксимальнее от места введения зонда формируется межкишечный анастомоз. Далее противобрыжеечные края проксимальной и дистальной ветвей петли сшиваются непрерывным серо-серозным швом 20см, при этом укрываются

Техника выведения и фиксации трубки через дополнительный разрез ничем не отличается от техники выведения трубки при гастростомии по способу Витцеля. Выведение трубки через лапаротомную рану нецелесообразно, так как это может осложниться расхождением швов операционной раны в случаях проникновения инфекции по ходу трубки.

У пациентов с нерезектабельным раком пищевода,

зонд на протяжении 8-10 см и межкишечный анастомоз. Периферический конец зонда выводится через небольшой разрез в передней брюшной стенке, по латеральному краю прямой мышцы живота. Данная методика не вызывает мацерации кожи и позволяет использовать толстый зонд, что имеет большое значение для адекватного кормления.

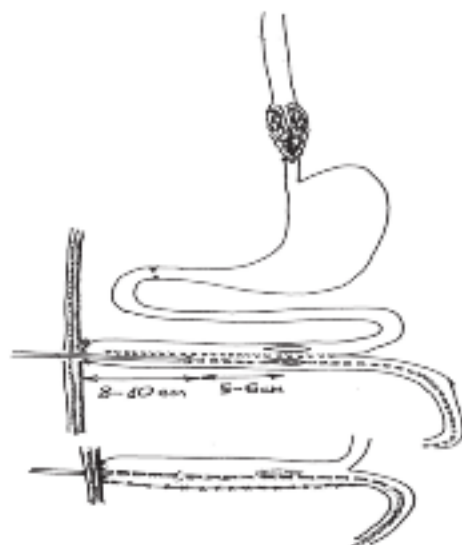


Рис. 51.
Модифицированная методика
наложения сьюностомы

4.6. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Механическая желтуха (МЖ) — патологический синдром, обусловленный нарушением оттока желчи из желчных протоков.

Эпидемиология. Опухолевый генез механической желтухи встречается у 40–67% пациентов и может быть обусловлен тремя причинами, приводящими к нарушениям оттока желчи из печени:

- 1) первичные опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны, растущие в непосредственной близости от билиарного тракта и вызывающие его сдавление;

- 2) метастазы рака в печень или лимфатические узлы печеночно-двенадцатиперстной связки со сдавлением внутри или внепеченочных желчных протоков;

3) злокачественные опухоли внутри и внепеченочных желчных протоков.

В общей структуре злокачественных опухолей, сопровождающихся механической желтухой, наиболее часто встречается поражение поджелудочной железы (47%), рак желчных протоков (20%), а также рак большого дуоденального сосочка (БДС) и рак желчного пузыря (около 15%). **Клиническая картина:** отмечается изменение окраски видимых слизистых оболочек и кожи (пожелтение), кожный зуд, астения, анорексия, боли и дискомфорт в правом подреберье. Потемнение цвета мочи и светлый кал. При осмотре выявляется увеличение печени, ее болезненность при пальпации. Нередко пальпируется увеличенный плотный, гладкий желчный пузырь (симптом Курвуазье), что указывает на обструкцию желчного протока опухолью.

Дополнительное обследование: лабораторными признаками являются увеличение билирубина, щелочной фосфатазы и γ -глутаматтрансферазы; диагноз подтверждается УЗИ брюшной полости.

Лечение: при невозможности радикального лечения проводится паллиативное вмешательство, цель которого заключается в декомпрессии желчевыводящих путей, так как при сохраняющейся билиарной обструкции развивается холангит и печеночная недостаточность.

Методы декомпрессии желчевыводящих путей многообразны:

- **Билиодигестивные анастомозы** (холецистоэнтеро- или холедохоэнтеро-анастомоз) обычно накладывают с петлей тощей кишки (теоретическое преимущество метода — снижение риска рецидивирующего холангита).

- **Чрескожное чреспеченочное дренирование** (ч/к-ч/п; холангиография с чрескожной чреспеченочной холангиостомией или установкой стента (выполняются под ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим контролем).

- **Хирургическое дренирование** (из мини-доступа, лапароскопическое; холецистостомия, холедохостомия, холангиостомия).

Билиодигестивные анастомозы

Абсолютные показания к наложению билиодигестивных анастомозов обычно возникают при непроходимости желчных путей, когда другие способы восстановления оттока желчи в кишечник невозможны. Наложение соустья желчного пузыря осуществляется чаще всего с тонким кишечником и применяется для внутреннего отведения желчи при непроходимости терминальных отделов общего желчного протока. Показанием для операции обычно является механическая желтуха, вызванная опухолями фатерова соска, периампулярной области, поджелудочной железы и желудка. При этом главными условиями, обеспечивающими возможность наложения холецистоюноанастомоза, являются:

- наличие самого желчного пузыря, если он не был ранее удален, а также отсутствие распространения на него опухолевой ткани;
- свободная проходимость пузырного протока, области конfluence и общего печеночного протока.

Для формирования холецистоэнтероанастомоза целесообразно использовать наиболее простую технику операции — наложение широкого пузырно-кишечного соустья в сочетании с межкишечным анастомозом и отключением приводящей петли тощей кишки (рис. 52). При этом холецистоюноанастомоз накладывается на длинной кишечной петле на расстоянии 60-70 см от связки Трейца. Добавочное межкишечное соустье накладывается, отступив 25-30 см от холецистоэнтероанастомоза, а отключение его приводящей петли производится непосредственно над межкишечным соустьем. Таким образом, фактически формируется

У-образное соустье на длинной кишечной петле, что технически проще и чрезвычайно важно при выполнении операции у тяжелых больных.



Рис. 52.
Холецистоэнтеро-
анастомоз
с межкишечным
соустьем заглушкой
по А.А. Шалимову

Наложение холецистодигестивного соустья невозможно, если имеется:

- проращение опухоли в место слияния общего желчного и пузырного протоков;
- наличие метастаза опухоли в эту область или шейку желчного пузыря;
- распространение опухоли на общий печеночный проток;
- наличие конкрементов желчных протоков при одновременной обтурации их опухолью;
- наличие кровяных сгустков в желчном пузыре или желчных протоках вследствие гемобилии.

В ряде случаев применяются различные варианты холедохоэнтероанастомоза. При этом можно использовать длинную кишечную петлю с Брауновским соустьем и выключением ее приводящей петли (рис. 53). В качестве альтернативы описанной операции может быть использовано наложение холедохоэнтероанастомоза на отключенной петле по Ру (рис. 54).

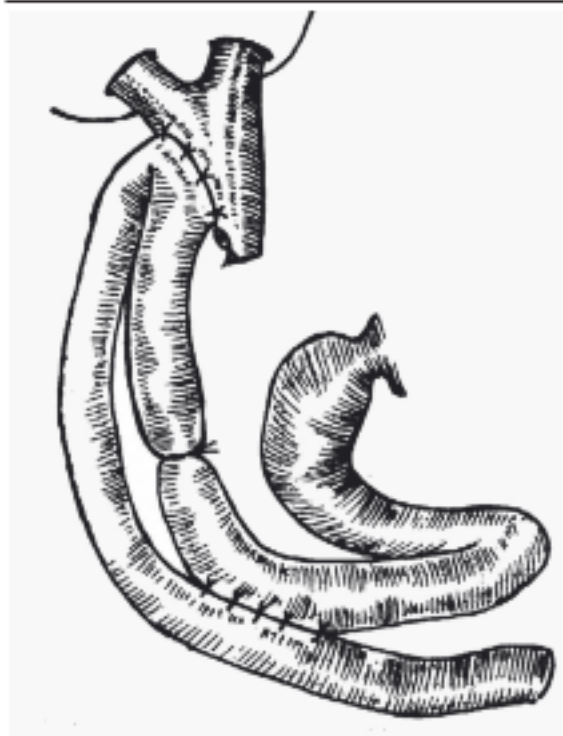


Рис. 53. Холедохэнтероанастомоз с межкишечным соустьем и заглушкой по А.А. Шалимову

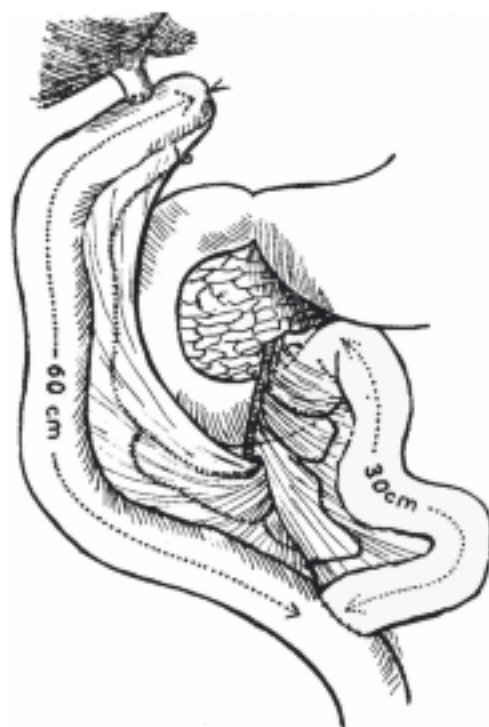


Рис. 54. Холедохэнтероанастомоз на отключенной петле тонкой кишки по Ры

Чрескожные методы билиарной декомпрессии (антеградное дренирование)

В настоящее время применяются три типа чрескожно-чреспеченочного дренирования желчных протоков: наружное, наружно-внутреннее и эндопротезирование.

Наружное чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков стало широко применяться в 60-е годы XX века с целью ликвидации билиарной гипертензии и холангита накануне радикальных операций, а также как паллиативный метод лечения неоперабельных больных. Однако при использовании этой методики возникают большие потери желчи, приводящие к выраженным гомеостатическим расстройствам.

Исходя из этого, наружное дренирование является наименее предпочтительным и выполняется вынужденно при невозможности провести дренажный катетер дистальнее

опухолевой стриктуры. В ряде случаев при опухолях зоны ворот печени или внутрипеченочной обструкции невозможно обеспечить адекватное дренирование обеих долей печени одним дренажным катетером, что требует раздельного дренирования системы правого и левого печеночных протоков (рис. 55, 56).

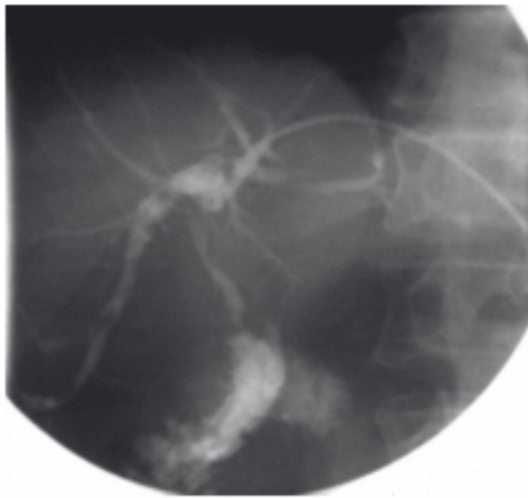


Рис. 55. Наружное дренирование желчных протоков левой доли печени

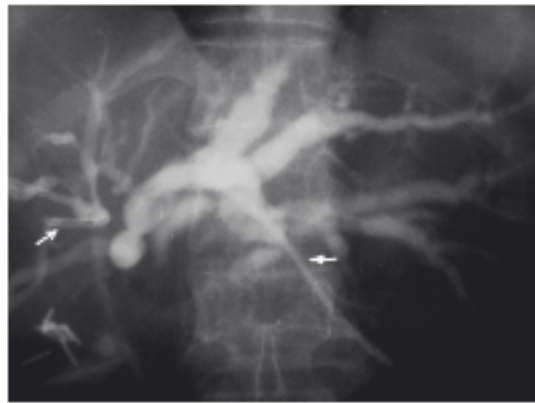


Рис. 55. Раздельное чрескожное чреспеченочное наружное дренирование желчных протоков правой и левой долей печени

В случае установки чрескожного наружного дренажа желчных протоков показана реинфузия желчи в желудочно-кишечный тракт.

Учитывая недостатки описанного метода, W. Molnar и A.E. Stockum в 1974 г. применили наружно-внутреннее чреспеченочное дренирование желчных протоков, которое предполагало проведение катетера, имеющего множественные боковые отверстия, через зону опухолевой стриктуры в двенадцатиперстную кишку (рис. 57,58). Дальнейшее накопление опыта показало большую эффективность данного метода в паллиативном лечении механической желтухи злокачественного генеза.

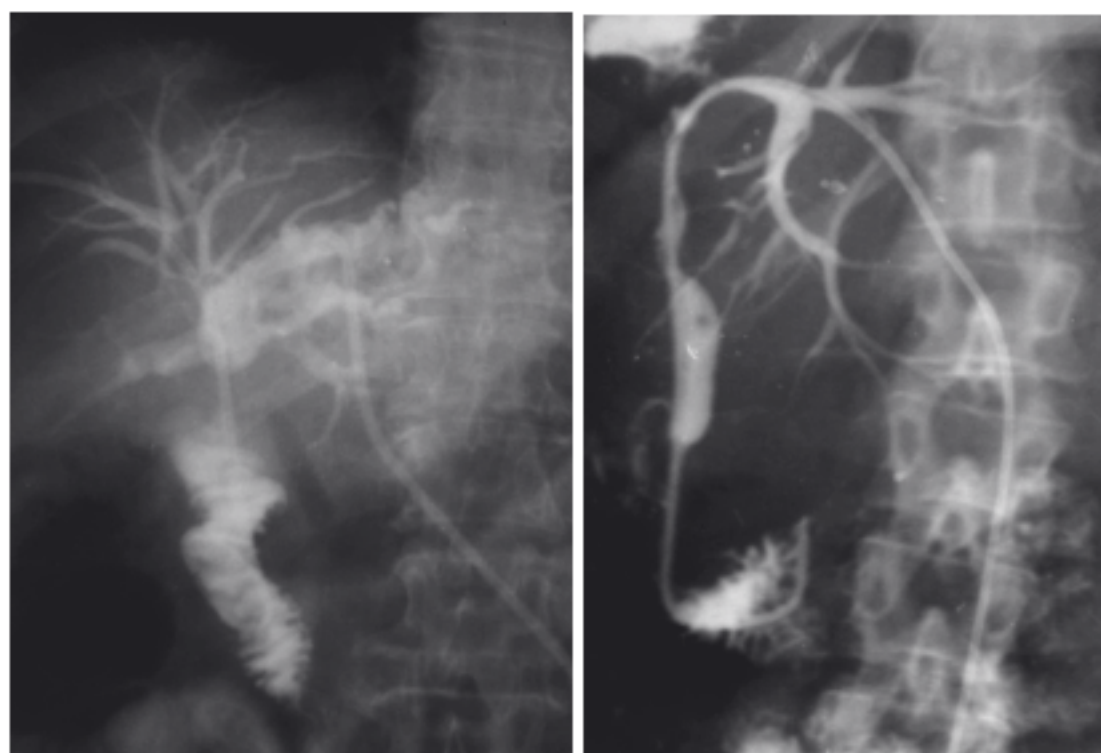


Рис. 57, 58. Наружно-внутреннее чреспеченочное дренирование желчных протоков

Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков как инвазивная процедура может сопровождаться рядом тяжелых осложнений, таких как внутрибрюшное кровотечение и желчеистечение, гемобилия и др. Исходя из этого, эти вмешательства следует с осторожностью выполнять у больных с нарушениями свертывающей системы крови и в послеоперационном периоде осуществлять динамический контроль за состоянием пациентов.

Метод чрескожного чреспеченочного эндопротезирования желчных протоков был предложен F. Burcharth в 1978 г. и предполагал имплантацию сегмента пластиковой трубки в зону стеноза. Последующее практическое применение метода показало, что существенными недостатками цельных пластиковых протезов является травматичность их проведения через ткань печени, закупорка просвета в течение 3-8 мес

после установки и высокая вероятность миграции. Поэтому в настоящее время широкое применение нашли саморасправляющиеся сетчатые конструкции. Наиболее часто используются Wallstent и стент Gianturko или Z-стент (рис. 59).

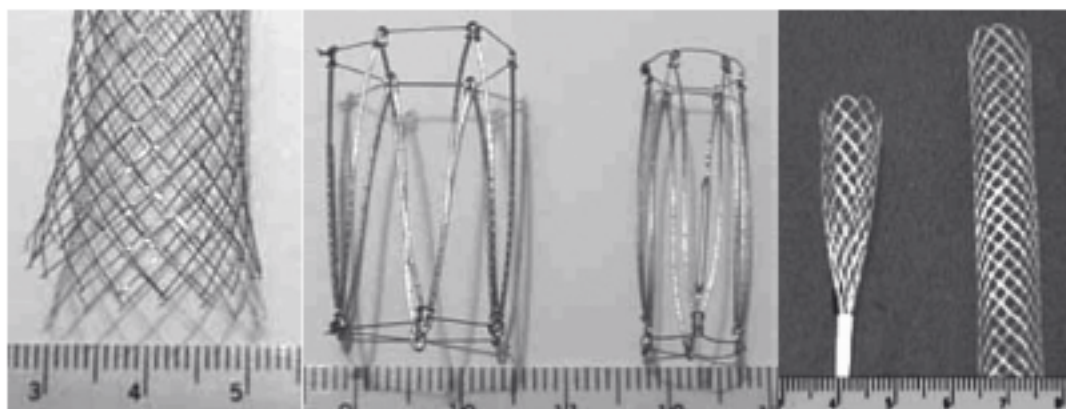


Рис. 59. Металлические саморасширяющиеся эндопротезы: а – Wallstent, б – Z-Stent, в – эндопротез из никелида титана в транспортной системе и в расправленном состоянии

Все варианты дренирования желчных протоков, как в полном объеме, так и на отдельных этапах, могут осуществляться под контролем УЗИ и КТ. Эндоскопическая установка стента желчных протоков имеет два преимущества: ниже риск осложнений и нет необходимости в холангиостоме. Метод больше подходит для опухолей дистальных желчных протоков.

Холецистостомия

Холецистостомия может применяться при тех вариантах механической желтухи, когда препятствие расположено ниже впадения пузырного протока в холедох. Учитывая высокую вариабельность анатомического строения гепатопанкреатодуоденальной зоны, а также особенности роста опухолей, возможность длительной адекватной декомпрессии билиарного тракта этим способом ограничена. Наложение холецистостомы может осуществляться во

время традиционных и лапароскопических оперативных вмешательств, а также пункционным способом под контролем УЗИ и КТ.

Открытую холецистостомию (рис. 60) выполняют из лапаротомного доступа в правом подреберье. Формируют холецистостому подшиванием дна желчного пузыря к париетальной брюшине. При открытой холецистостомии образуется широкий канал для доступа в полость желчного пузыря и его санации. Однако этот способ создания холецистостомии наиболее травматичен в связи с разрезом брюшной стенки.

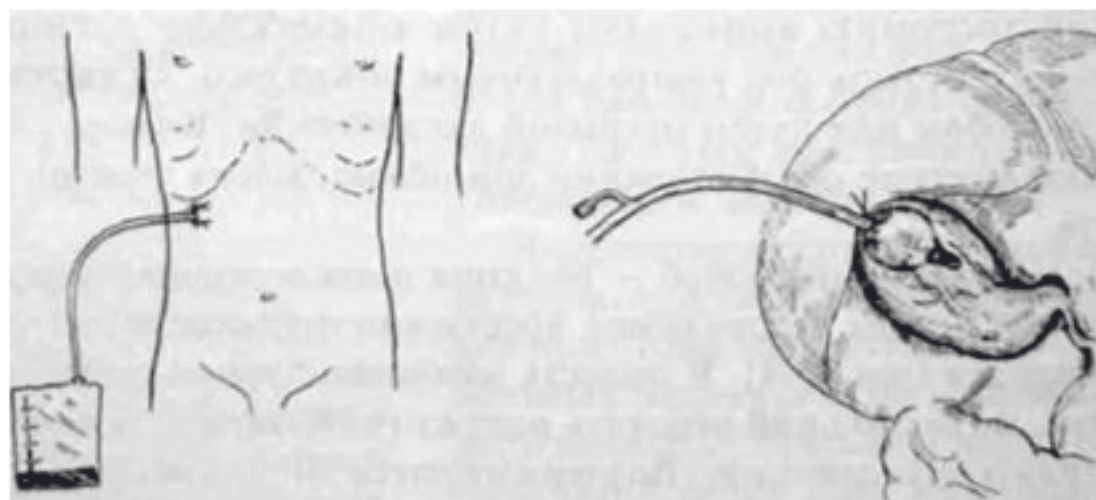


Рис. 60. Открытая холецистостомия

Наиболее щадящий способ — пункция и последующее дренирование желчного пузыря, проводимое чрескожно и транспеченочно под УЗИ-контролем (рис. 61). В полость желчного пузыря устанавливают дренаж, позволяющий отводить наружу гнойную желчь и активно осуществлять его санацию. Воздерживаются от применения этого метода при распространенном перитоните, гангрене желчного пузыря и в случае заполнения всей его полости камнями.

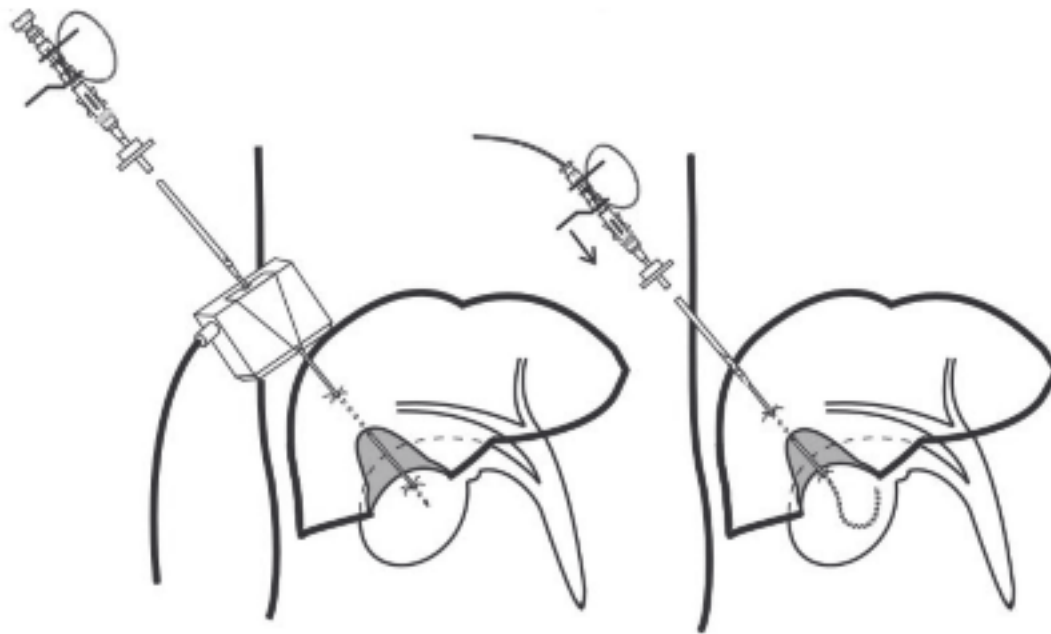


Рис. 61. Пункционная чрескожная чреспеченочная холецистостомия под УЗ-навигацией

Эндоскопические методы билиарной декомпрессии (ретроградное дренирование)

Назобилиарное дренирование желчных протоков

Установка назобилиарного дренажа позволяет не только осуществить декомпрессию желчных протоков, но и выполнять санацию желчевыводящей системы при развитии гнойного холангита. Назобилиарные катетеры представляют собой длинные полиэтиленовые трубки диаметром 1,7–2,3 мм (5–7 French), имеющие на дистальном конце множественные боковые отверстия. Конец дренажа чаще сформирован в виде «пороссячьего хвоста» (pigtail), чтобы воспрепятствовать их выпадению из желчных протоков.

Обычно назобилиарные дренажи хорошо переносятся больными и могут быть оставлены на срок до нескольких недель, что достаточно для ликвидации желтухи и холангита. Однако методика достаточно сложна или невыполнима при опухолях зоны бифуркации желчных протоков и поражении внутripеченочных желчных протоков. В остальных

случаях успех назобилиарного дренирования зависит от степени сдавления или прорастания желчных протоков.

Эндопротезирование желчных протоков

Эндоскопическое стентирование желчевыводящих путей — малоинвазивный эндоскопический способ восстановления проходимости желчных путей у больных с опухолевым поражением внепеченочных желчных протоков. При этом на уровень сужения с целью постоянной паллиативной декомпрессии устанавливают стент, который открывает просвет протоков и восстанавливает беспрепятственный отток желчи из печени в двенадцатиперстную кишку. Это вмешательство позволяет сохранить естественный желчеотток, что, во-первых, резко повышает качество жизни (не нужно ходить с

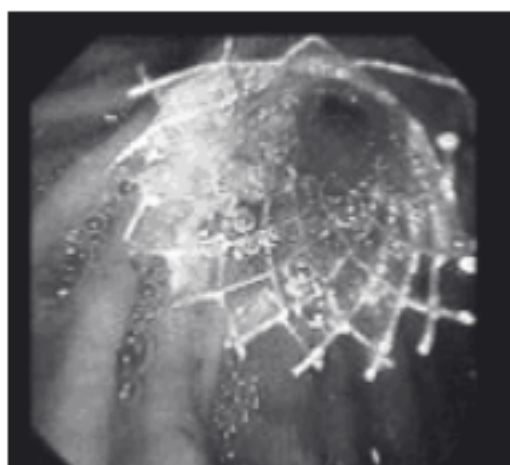
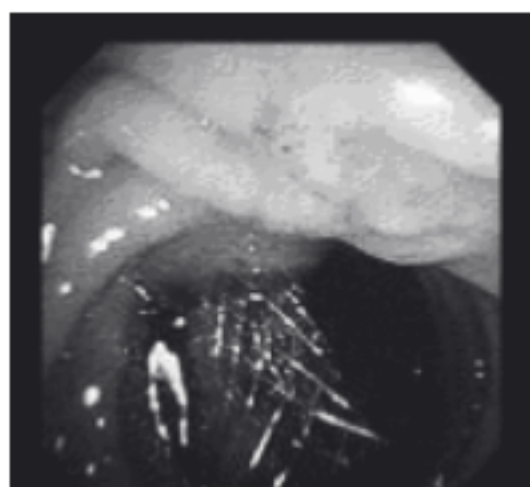
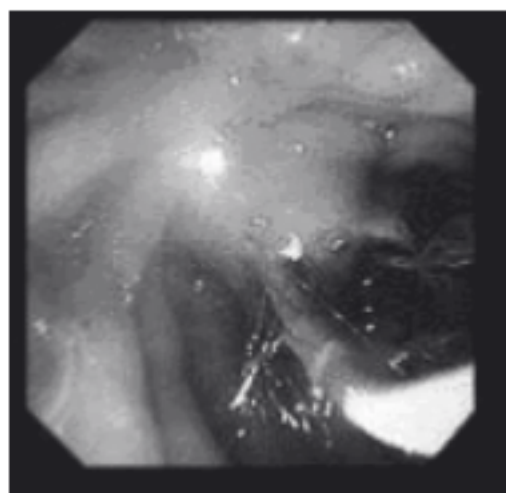


Рис. 62.

Этапы эндопротезирования сетчатым саморасправляющимся протезом:

- а — зонд заведен в устье фатерова соска,
- б — установлен эндопротез,
- в — протез расправлен

торчащими наружу дренажами), кроме того, естественное поступление желчи не приводит к потере важных веществ, а также стимулирует нормальную работу кишечника (рис. 62).

Для эндопротезирования применяются три вида эндопротезов: пластиковые, изготовленные из термопластичной пластмассы; сетчатые металлические саморасправляющиеся эндопротезы и металлические саморасправляющиеся эндопротезы с двойным пластиковым покрытием.

Большинство процедур эндопротезирования протекают гладко и хорошо переносятся больными.

Методы эндоскопической деструкции опухолей большого дуоденального сосочка. С целью декомпрессии желчевыводящей системы у больных с нерезектабельными опухолями БДС может выполняться их деструкция под эндоскопическим контролем с использованием электрокоагуляции, аргоноплазменной коагуляции и криодеструкция. Предлагаемые методы могут использоваться как самостоятельно, так и в качестве предварительного этапа перед установкой эндопротеза.

При выборе метода желчеотведения учитываются следующие факторы: уровень обструкции (высокая или низкая); распространенность поражения и состояние больного; прогнозируемое время жизни больного после желчеотведения; угроза осложнений. Коррекция билиарной гипертензии, вызванной злокачественными опухолями, позволяет продлить жизнь больным и улучшить ее качество. При выборе метода декомпрессии предпочтительно использовать методы малоинвазивной хирургии.

4.7. НАРУШЕНИЕ ОТТОКА МОЧИ

Нарушение процесса выведения мочи может возникнуть на любом уровне.

Нарушение оттока из верхних мочевых путей чаще всего бывает при сдавлении мочеточников метастатическими лимфоузлами забрюшинного пространства, либо местным

распространением опухолевой инфильтрации на юкставертебральные отделы мочеточников.

Обследование: УЗИ и КТ брюшной полости с контрастированием, экскреторная урография, ретроградная пиелография.

Лечение: В этой ситуации наиболее часто применяется чрескожная пункционная нефростомия; в ряде случаев возможно применение мочеточниковых стентов, выполнение операции уретерокутанеостомии, уретероилеокутанеостомия (операция Бриккера — мочеточники вшиваются в проводник из изолированного участка подвздошной кишки с выведением стомы на переднюю брюшную стенку).

Нарушение оттока из нижних отделов мочевых путей (возникает при сдавлении опухолью шейки мочевого пузыря или поражении мочеиспускательного канала).

Обследование: УЗИ, цистоскопия.

Лечение: катетеризация мочевого пузыря, при невозможности преодолеть препятствие накладывается эпицистостома пункционная/троакарная или хирургическое стомирование, возможно выполнение паллиативной трансуретральной резекции, а также постановка уретрального стента.

Эпицистостомия

Техника хирургического наложения эпицистостомы

В зависимости от тяжести пациента применяется общая или местная анестезия. Пациент располагается на спине. Проводится разрез по средней линии на 2 сантиметра выше лобкового симфиза и рассекается подкожная ткань (рис. 63).

Выполняется остановка кровотечения из мелких сосудов. В промежутке между мышцами живота выделяется передняя стенка мочевого пузыря (рис. 64, 65)

На переднюю стенку мочевого пузыря накладываются две специальные нити-держалки, передняя стенка мочевого пузыря вскрывается между держалками.

Производится ревизия полости и шейки мочевого пузыря (рис. 66, 67). В полость мочевого пузыря вводится катетер Фоллея или катетер Пеццера (рис. 68). Вокруг катетера накладывается герметичный шов для фиксации катетера (рис. 69). Передняя брюшная стенка мочевого пузыря ушивается послойно.

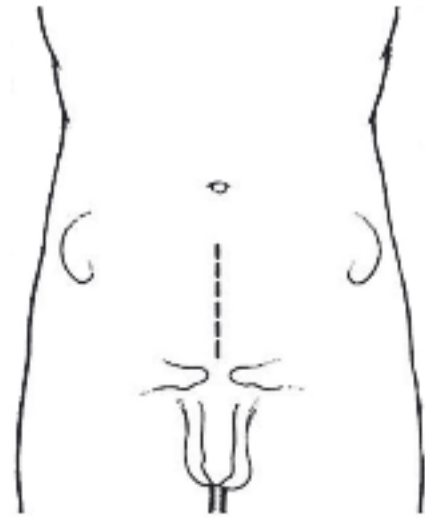


Рис. 63. Разрез кожи

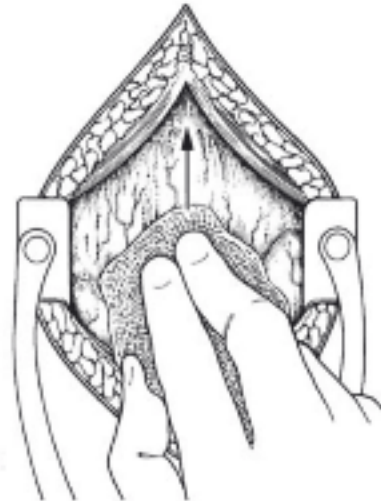


Рис. 64, 65. Выделение стенки мочевого пузыря

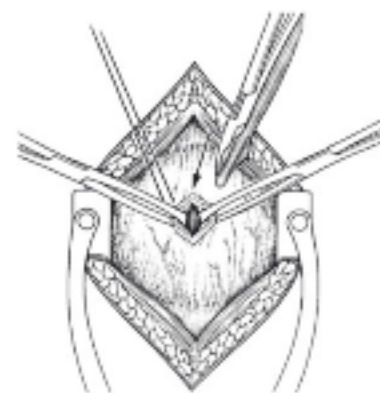


Рис. 66, 67. Наложение держалок и рассечение мочевого пузыря

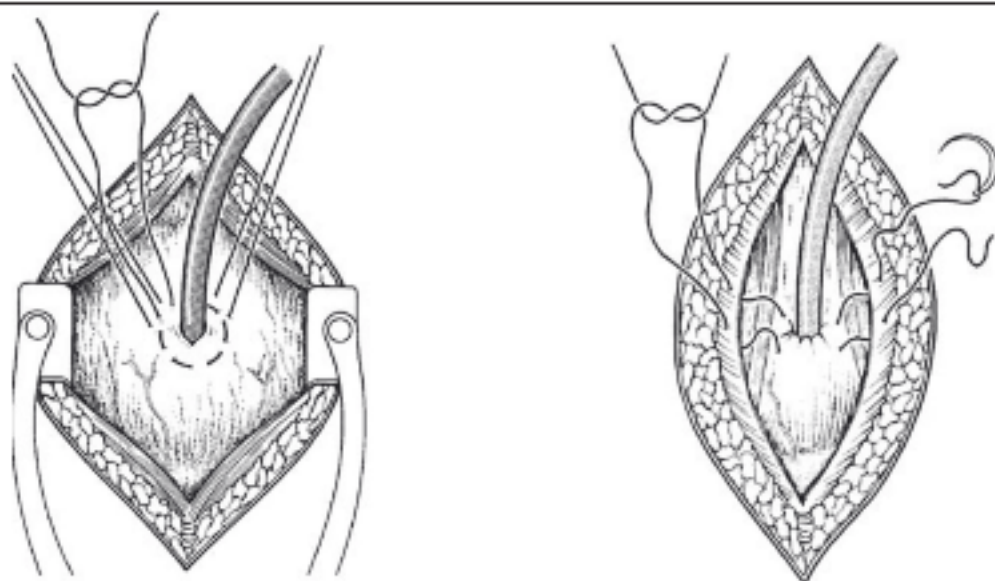


Рис. 68, 69. Введение и фиксация катетера в мочевом пузыре

Техника наложения троакарной эпицистостомы

Для наложения троакарной эпицистостомы удобно пользоваться одноразовыми наборами (рис. 70).



Рис. 70.
Набор для наложения
троакарной
эпицистостомы

Пункция мочевого пузыря при троакарной эпицистостомии производится на 3-4 см выше лобка при мочевом пузыре, наполненном 500 мл антисептического раствора. После извлечения стилета в полость пузыря по гильзе троакара вводят катетер, который фиксируют шелковой лигатурой к коже после извлечения гильзы троакара (рис. 71). К осложнениям троакарной эпицистостомии относятся инфицирование ретциева пространства, кожи и подкожной клетчатки, ранение срединной пузырной вены, ранение переходной складки брюшины, проникновение в

брюшную полость, выпадение дренажной трубки, попадание содержимого мочевого пузыря в предпузырную клетчатку и окружающие ткани (образование мочевого затека).

Смена цистостомического дренажа осуществляется не ранее 8—10-х суток после операции с предварительным введением в мочевой пузырь по просвету удаляемого дренажа тонкого металлического зонда. Тщательное проведение операции с соблюдением асептики и антисептики, троакар и дренажной трубкой соответствующего диаметра позволяет свести осложнения к минимуму. Троакарную эпицистостомию не рекомендуется производить больным с ожирением в связи с опасностью повреждения переходной складки брюшины и развития длинного свищевого хода, а также если срочно требуется ревизия полости мочевого пузыря (камни, опухоли, дивертикулы).

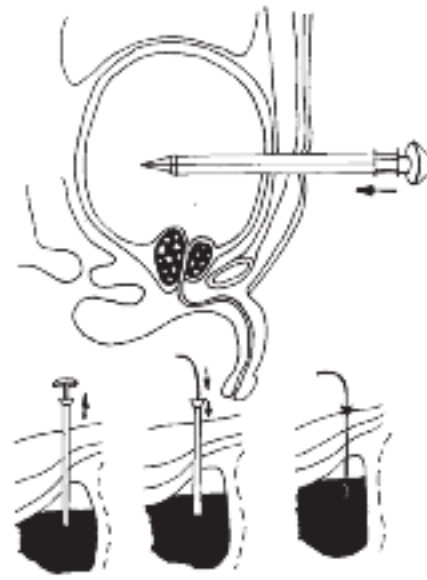


Рис. 71. Схема наложения троакарной эпицистостомы

Нефростомия (трансреальное дренирование)

Нефростомия производится с целью отведения мочи, если в мочеточнике имеется неудалимая обструкция.

При этой операции жировая капсула стягивается только с нижнего почечного полюса, так как трансреальное дренирование лучше всего вводить в нижнюю или в среднюю чашечку. Затем разыскивается почечная лоханка, производится *продольный разрез, идущий от нижнего ствола чашечек к мочеточнику*. Через разрез в лоханке в чашечку проводятся сильно изогнутые, тупоконечные щипцы (применя-

ющиеся для извлечения камней), которыми протягивается в лоханку почки мочеотводящий катетер. Инструмент проталкивается в верхушку чашечки, причем по мере возможности в то место, где почечная паренхима наиболее тонкая. После прободения паренхимы кончик инструмента появляется под фиброзной капсулой. После разреза капсулы трансренально в лоханку протягивается катетер *Nelaton* или *Foley*. Обычно применяется катетер диаметром в 12-14 Ch, но можно применять также и более толстые катетеры (рис. 72).

Пиелотомический разрез закрывается охватывающими адвентицию узловатыми швами. Конец чреспочечного катетера проводится через отдельное отверстие в коже, где он и фиксируется. Перед закрытием раны через катетер пропускается в почечную лоханку стерильная жидкость для проверки ее отведения.

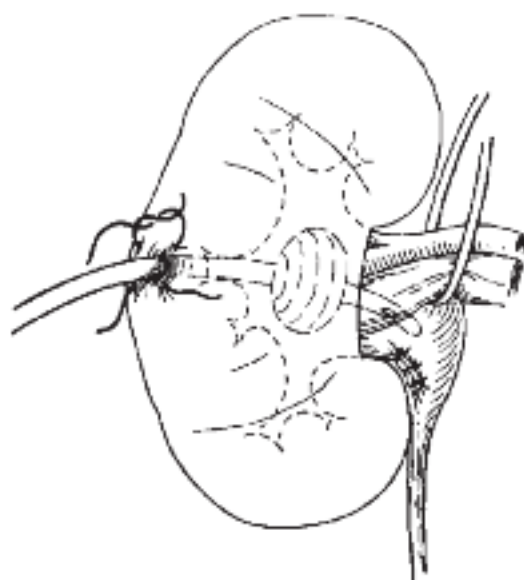


Рис. 72. Схема нефростомии

Чрезкожная пункционная нефростомия (ЧПНС)

Это методика установки внешнего дренажа (нефростомы) под контролем визуализирующих устройств, таких как рентгеновские и ультразвуковые аппараты. Пациент лежит на животе или в небольшой косой позиции. Зона пункции находится в поясничной области. Операция выполняется под местной анестезией. Введение иглы производится под контролем ультразвука и рентгена. Когда кончик иглы проникает в собирательную систему почки, посредством обмена иглы на проводник и расширения хода, устанавливается специальный нефростомический

катетер, по которому производится отток мочи из данной почки (рис. 73, 74).

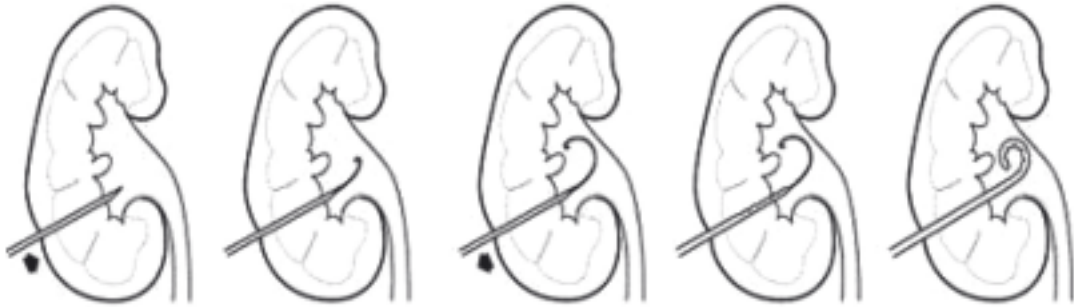
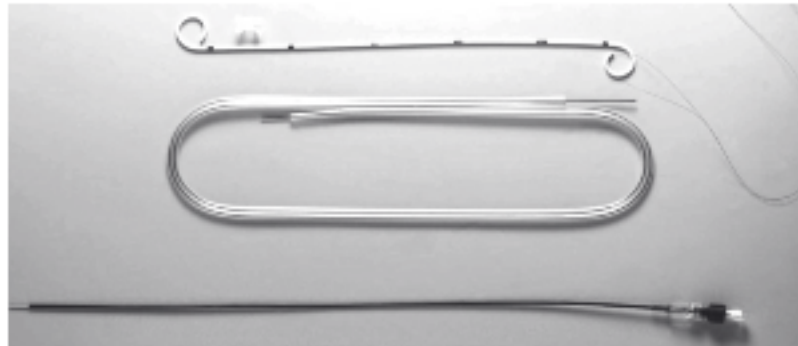


Рис. 73. Этапы выполнения ЧПНС

Рис. 74. Набор для чрескожной нефростомии



Пациенты должны внимательно следить за катетером, чтобы он не был случайно удален из почки. Процедура обычно требует около 20-30 минут. После процедуры производится контроль артериального давления. Пациент может быть активизирован вскоре после операции, если основные показатели являются стабильными (рис. 75).



Рис. 75. Окончательный вид после установки нефростомы

Уретерокутаностома

Эта операция применяется при карциноме мочевого пузыря и шейки матки в тех случаях, когда не удастся отвести мочу другим способом. Чаще всего производится односторонняя, в редких случаях и двусторонняя имплантация мочеточника через кожу.

При этой операции забрюшинно обнажается средняя треть мочеточника; мочеточник пересекается в самой низкой точке вблизи мочевого пузыря, а затем как можно более длинную его культю подводят к коже. Из кожной раны отрезок мочеточника должен выступать на 1-2 см (рис. 76). В просвет мочеточника вводится пластмассовый катетер (6-8 Ch), который прикрепляется в низшей точке к концу мочеточника. Для предотвращения соскальзывания мочеточника на адвентицию накладываются узловатые швы в четырех направлениях к фасции брюшной мускулатуры. Мышечная и кожная раны закрываются. Конец мочеточника прикрепляется узловатыми швами к краю кожного лоскута.

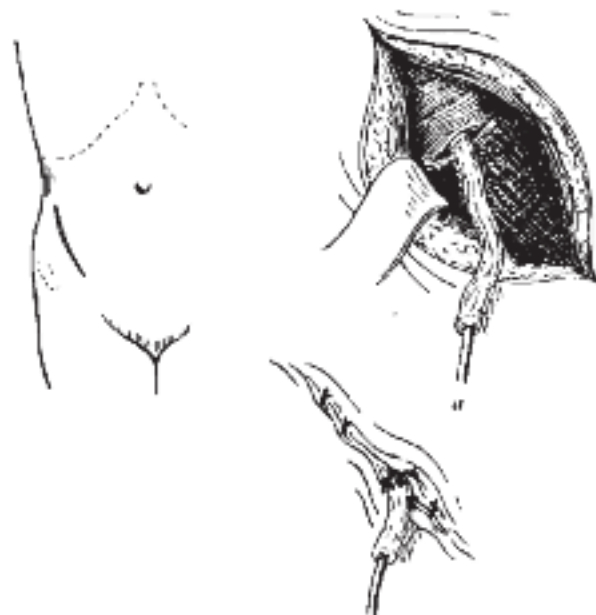


Рис. 76. Уретерокутаностомия



Рис. 77. Клеящийся мочеприемник

На устье уретекутаностомы с мочеточниковым катетером приклеивается мочеприемник (рис. 77).

Анастомозы между мочеточником и кишкой

Наложение мочеточниково-кишечного анастомоза является общепринятым методом при хирургическом лечении опухоли мочевого пузыря. Существует много методик мочеточниково-кишечных анастомозов. Наибольшей популярностью на современном этапе пользуется уретеоилекутанеостомия. Она названа по имени хирурга, который первым ее применил, — операция Бриккера (Bricker R.M., 1950). Схематическое изображение данной операции представлено на рисунках 78, 79.

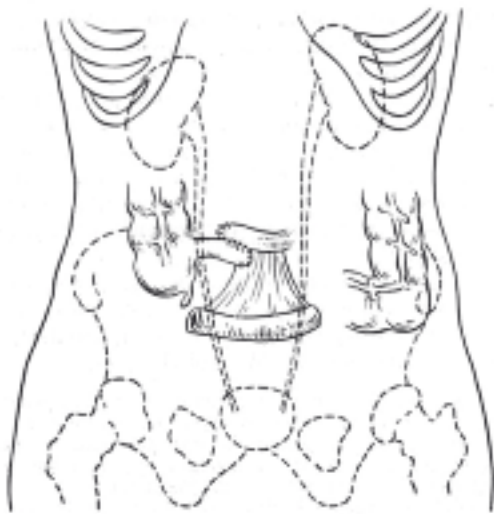


Рис. 78. Выкраивание сегмента из подвздошной кишки и восстановление непрерывности тонкой кишки

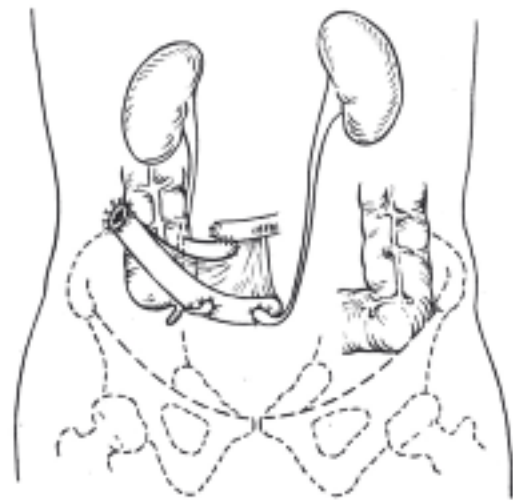


Рис. 79. Изолированный сегмент подвздошной кишки с имплантированными мочеточниками

Кишечно-кожное соустье должно располагаться таким образом, чтобы удобно было носить мочеприемник.

4.8. ОБСТРУКЦИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (СТЕНОЗ ГОРТАНИ)

Может возникнуть за счет опухоли гортани, метастатического поражения лимфоузлов шеи, пареза возвратных нервов при их поражении опухолью или метастазами...

Лечение: Трахеостомия — это операция рассечения трахеи для введения в просвет ее специальной металлической (пластиковой) канюли. Различают верхнюю, нижнюю и среднюю трахеотомию по отношению к перешейку щитовидной железы. В связи с анатомическими возрастными особенностями у детей предпочтительна нижняя, а у взрослых — верхняя трахеотомия.

Техника операции. Больного укладывают на спину с запрокинутой головой. Под плечи кладется валик, чтобы шея не западала и доступ к трахее был удобнее (рис. 80).

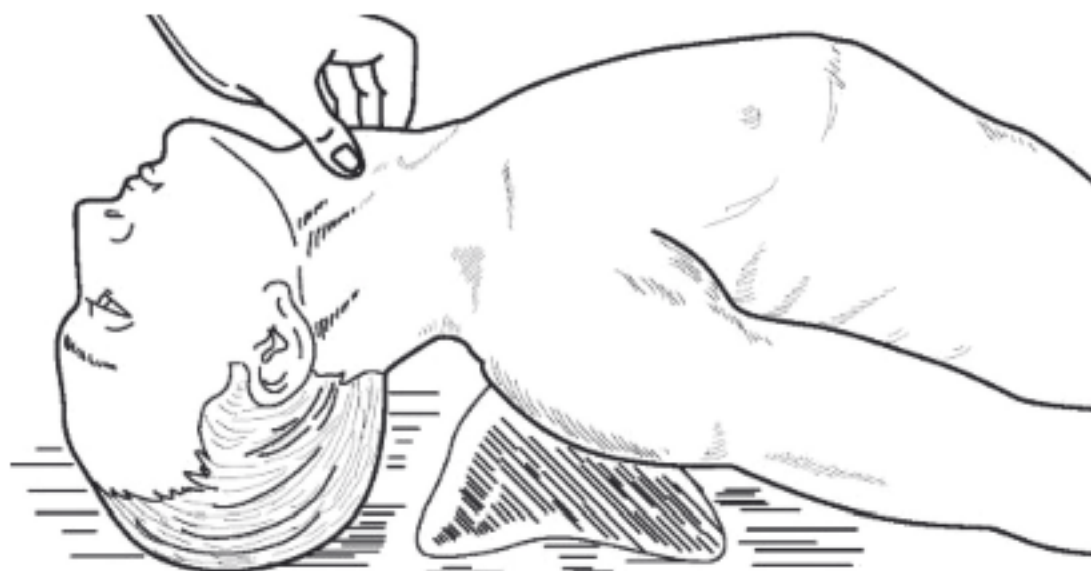


Рис. 80. Положение больного при трахеостомии

Из специального инструментария требуются однозубые острые крючки для трахеи, тупые крючки, расширитель трахеи Труссо, трахеостомические канюли (рис. 81, 82).

Рис. 81. Специальный инструментарий для трахеостомии

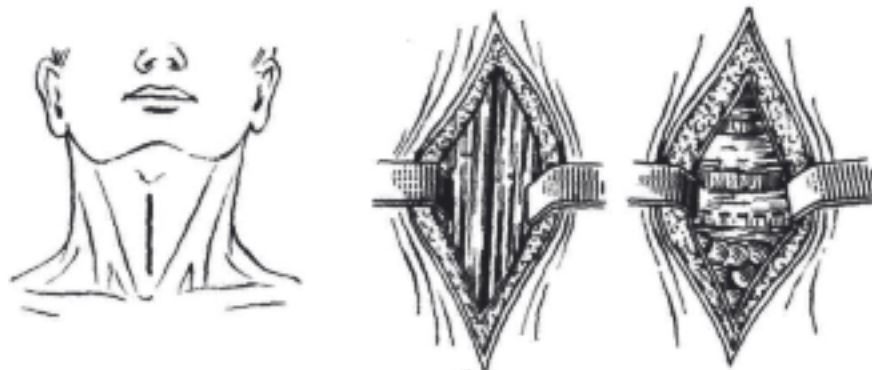


Рис. 82. Виды трахеостомических трубок



Делается инфильтрационная анестезия 30 мл 0,5-1% раствором новокаина с добавлением 0,1% раствора адреналина (по 1 капле на каждый 1 мл раствора новокаина). Разрез строго по средней линии шеи от выступа щитовидного хряща (кадык) вниз на 4-6 см. Рассекают кожу, подкожную клетчатку, апоневроз, тупым путем разделяют белую линию между грудино-подъязычными мышцами. Мышцы раздвигают тупыми крючками. У перстневидного хряща по нижнему его краю надсекают поперечным разрезом фасцию, оттягивают перешеек щитовидной железы книзу (рис. 83).

Рис. 83. Разрез кожи, выделение трахеи



Фиксируют трахею острыми однозубыми крючками с двух сторон и разрезают 2-3 кольца трахеи скальпелем снизу вверх. В разрез вводят расширитель Труссо и затем канюлю. На разрез накладывают швы (рис. 84).

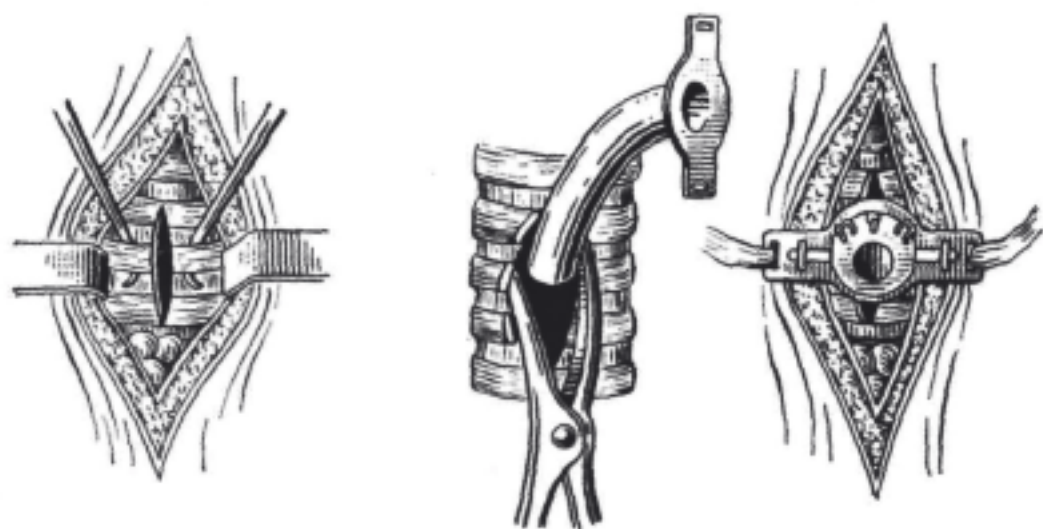


Рис. 84. Рассечение трахеи, заведение и фиксация канюли

Следят за тщательностью гемостаза. Нижняя трахеотомия более трудна и опасна, так как трахея лежит глубже и на ней расположена густая сеть венозных сосудов. Кожный разрез при нижней трахеотомии делают от перстневидного хряща до яремной вырезки. Перешеек щитовидной железы оттягивают кверху. Одним из вариантов операции является поперечная трахеотомия: трахею вскрывают поперечным разрезом по нижнему краю первого кольца и вводят канюлю. Если при трахеотомии не удастся обойти резко увеличенную щитовидную железу, то перешеек ее пересекают между двумя наложенными предварительно лигатурами или кровоостанавливающими зажимами. Рассечение трахеи на уровне пересеченного перешейка щитовидной железы носит название средней трахеотомии.

При возникновении асфиксии во время трахеотомии вводят камфору или кофеин, лобелии. В этих случаях предварительно вскрывают трахею и только тогда приступают к искусственному дыханию. Осложнения трахеотомии — кровотечения, подкожная эмфизема, аспирационная пневмония. Подкожная эмфизема распознается по характерному ощущению похрустывания при пальпации кожи, припуханию. В этом случае надо снять часть швов в ране и ослабить повязку.

Уход за трахеостомированным больным заключается в контроле за просветом трубки и состоянием кожи вокруг канюли. Несколько раз в день внутренняя трубка канюли вынимается и просвет ее прочищается. Для этого в трубку пропускают кусок марлевого бинта и перемещают его в ту и другую сторону. Затем трубку кипятят и снова вставляют в наружную трубку канюли, находящейся в трахее. Кожа вокруг трубки протирается спиртом, смазывается жиром (эмульсией, маслом), а под трубку подкладывается салфетка, состоящая из 4—6 слоев марли, имеющая форму прямоугольника, разрезанного до половины сверху вниз, с тем чтобы каждая из двух образовавшихся полосок марли могла быть положена с обеих сторон трахеотомической канюли. Канюлю полностью вынимать из трахеи ранее чем через 5—7 дней нельзя, так как отверстие трахеи сразу же сузится и ввести обратно канюлю без расширителя не удастся.

В заключение следует отметить, что активная лечебная тактика не должна приводить к неоправданным операциям, утяжеляющим состояние больного. Хирург должен располагать максимально полной информацией о степени распространенности опухолевого процесса, наличии сопутствующей патологии и предположительной продолжительности жизни пациента.

Контрольные материалы к главе 4

Задания в тестовой форме

Выберите один правильный ответ

1. Причины перитонеального канцероматоза:

- а) новообразования желудочно-кишечного тракта
- б) рак яичников
- в) перитонеальная мезотелиома
- г) все ответы правильные

2. Какой из методов диагностики распространенности опухолевого процесса по плевральной полости наиболее информативен:

- а) торакоцентез
- б) торакоскопия
- в) КТ органов грудной клетки
- г) рентгенография органов грудной клетки

3. Какой из методов диагностики распространенности опухолевого процесса по брюшной полости наиболее информативен:

- а) лапароцентез
- б) лапароскопия
- в) ирригоскопия
- г) обзорная рентгенография органов брюшной полости

4. Основная причина канцероматоза плевры:

- а) рак легкого
- б) мезотелиома плевры
- в) рак молочной железы
- г) рак щитовидной железы

5. Асцит у больных циррозом и портальной гипертензией может быть вследствие:

- а) низкого уровня белка сыворотки крови
- б) множественного метастатического поражения печени
- в) цирроза печени
- г) всего перечисленного

6. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен всеми перечисленными причинами, кроме:

- а) канцероматоза брюшины
- б) нарушения портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень
- в) сдавления воротной вены опухолью
- г) сдавлением вирсунгового протока

7. Основные варианты паллиативного хирургического лечения стеноза пищевода:

- а) гастростома
- б) эндоскопическое стентирование стеноза
- в) эндоскопическая гидробаллонная дилатация стеноза
- г) резекция пищевода с эзофагопластикой

8. Основные варианты симптоматического хирургического лечения стеноза пищевода:

- а) гастростома
- б) еюностома
- в) эндоскопическое стентирование стеноза
- г) резекция пищевода с эзофагопластикой

9. Дисфагия может иметь место:

- а) при ахалазии пищевода
- б) при раке пищевода

- в) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- г) при склеродермии

10. Степень дисфагии определяется:

- а) консистенцией проходимой пищи
- б) диаметром пищевода на участке стеноза
- в) диаметром эндоскопа, проходящего через стеноз
- г) все ответы правильные

11. 3-я степень дисфагии соответствует:

- а) диаметр пищевода на участке сужения 7 мм
- б) непрохождение кашицеобразной пищи
- в) непрохождение твердой пищи
- г) нет правильного ответа

12. Паллиативные операции при раке желудка:

- а) гастроэнтероанастомоз
- б) гастрэктомия
- в) резекция желудка
- г) все вышеперечисленное может быть использовано в данном аспекте

13. Симптоматической операцией при поражении кардиального отдела желудка будет считаться:

- а) резекция верхней трети желудка и нижней трети пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза
- б) гастрэктомия
- в) эндоскопическая гидробаллонная дилатация стеноза пищевода
- г) все ответы правильные

14. Гастростомия показана при:

- а) неоперабельных раках пищевода и кардии
- б) питания больных, находящихся без сознания
- в) кровоточащей язве желудка

- г) рецидиве кровотечения из варикозных вен пищевода

15. К отдаленным метастазам рака желудка относятся все перечисленные, кроме

- а) метастаза Крукенберга
- б) метастаза Вирхова
- в) метастаза Шпицлера
- г) метастазов в желудочно-поджелудочную связку

16. Операция гастростомии показана:

- а) при неоперабельном раке тела желудка
- б) при стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванном опухолью
- в) при всех перечисленных случаях
- г) ни в одном из перечисленных случаев

17. Какие дополнительные методы исследования помогут подтвердить диагноз «острая кишечная непроходимость»:

- а) ФГС
- б) обзорная рентгенография брюшной полости
- в) лапароскопия
- г) общий анализ крови

18. Ведущими клиническими симптомами ОКН являются следующие, кроме:

- а) тошнота
- б) диарея
- в) неотхождение стула и газов
- г) вздутие живота

19. На обзорной рентгенограмме брюшной полости при ОКН можно увидеть:

- а) «нишу»
- б) «дефект наполнения»
- в) свободный газ в брюшной полости
- г) чаши Клойбера

20. При нерезектабельном раке нисходящего отдела ободочной кишки применяется:

- а) операция Гартмана
- б) трансверзостомия
- в) левосторонняя гемиколэктомия
- г) илеотрансверзоанастомоз

21. При раке сигмовидной кишки с острой кишечной непроходимостью показана операция:

- а) левосторонняя гемиколэктомия
- б) операция Гартмана
- в) колостомия
- г) резекция сигмовидной кишки

22. При нерезектабельном раке правой половины ободочной кишки применяется:

- а) правосторонняя гемиколэктомия
- б) илеотрансверзоанастомоз
- в) трансверзостомия
- г) операция Гартмана

23. При нерезектабельном раке прямой кишки операцией выбора является:

- а) операция Гартмана
- б) сигмостомия
- в) экстирпация прямой кишки
- г) передняя резекция

24. В каком лечении нуждается больной с желтухой на почве запущенного рака головки поджелудочной железы:

- а) симптоматическом
- б) химиотерапии
- в) наложении желчеотводящего анастомоза
- г) паллиативной панкреатодуоденальной резекции

25. Какая стадия стеноза гортани характеризуется наличием одышки в покое, участием в дыхании вспомогательной мускулатуры, акроцианозом, возбуждением больного, тахикардией, подъемом артериального давления:

- а) I ст.
- б) II ст.
- в) III ст.
- г) IV ст.

Контрольные вопросы

1. Определение термина «канцероматоз». Патогенез выпота при канцероматозе.
2. Канцероматоз плевры. Этиология развития, диагностика и лечение.
3. Канцероматоз брюшины. Этиология развития, диагностика и лечение.
4. Опухолевый асцит и плеврит, диагностика, лечение.
5. Дисфагия, причины, степени, клиническая и инструментальная классификация.
6. Дисфагия, методы диагностики стеноза и его протяженности.
7. Дисфагия, варианты медикаментозного и хирургического лечения.
8. Экси́коз у больных раком желудочно-кишечного тракта, причины, методы хирургического устранения причины.
9. Паллиативные и симптоматические операции при раке пищевода.
10. Опухолевая кишечная непроходимость, клиника, диагностика.
11. Консервативное и хирургическое лечение кишечной непроходимости у паллиативных онкологических больных.

12. Варианты паллиативных операций у больных с поражением правого фланга толстой кишки.
13. Варианты паллиативных операций у больных с поражением левого фланга толстой кишки.
14. Варианты паллиативных операций у больных с поражением поперечно-ободочной кишки, печеночного, селезеночного угла толстой кишки.
15. Варианты паллиативных операций у больных с поражением сигмовидной и прямой кишки.
16. Колостома, определение, причины и варианты наложения.
17. Гастростома, определение, причины и варианты наложения.
18. Паллиативные операции при раке желудка.
19. Желтуха при онкологических заболеваниях, механизмы развития, диагностика.
20. Паллиативные операции при механической желтухе опухолевого генеза.
21. Нарушение оттока мочи, причины, диагностика.
22. Причины и правила наложения цистостомы.
23. Причины и правила наложения нефростомы.
24. Стеноз гортани, клиника, стадии, диагностика.
25. Паллиативные операции при стенозе гортани.

Глава 5.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ

В последние два-три десятилетия, на стыке множества дисциплин — онкологии, психологии, психиатрии, психотерапии, социологии, этики, деонтологии и др., сформировалось новое направление — психоонкология. В нашей стране наряду с этим термином используют и такие, как онкопсихология и онкопсихиатрия.

Одно из первых определений психоонкологии, которое остается актуальным и по сегодняшний день, в 1992 году дала J.C. Holland. Она пишет, что психоонкология изучает эмоциональный ответ на наличие злокачественного новообразования самих пациентов, их семей и тех, кто оказывает им помощь (психосоциальный аспект), а также — психологические, поведенческие и социальные факторы, которые могут влиять на заболеваемость раком и смертность от него (психобиологический аспект).

Современная психоонкология включает в себя:

1. Психологическую, психотерапевтическую и психиатрическую помощь пациентам, их родственникам и медицинскому персоналу.

2. Психологическую и социальную реабилитацию онкобольных.

3. Изучение роли психосоциальных факторов в возникновении и течении злокачественных новообразований.

4. Подготовку специалистов через различные образовательные программы.

Стоит отметить, что впервые в новой редакции Федерального закона Российской Федерации № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 32 введен новый вид медицинской помощи — паллиативная медицинская помощь, а в ст. 36 дано определение: «*Паллиативная медицинская помощь* — комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 года № 187н «Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», в отделениях паллиативной медицинской помощи обязательно должны быть врачи-психотерапевты или медицинские психологи, а в хосписах, — и те и другие.

5.1. КРАТКАЯ ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХООНКОЛОГИИ

Несмотря на то, что официальная история психоонкологии насчитывает всего лишь пару десятилетий, фактически по продолжительности она равна истории медицины вообще. Еще Гален во II в. н.э. заметил, что женщины-меланхолики заболевают раком чаще, чем женщины-сангвиники.

В 1759 году R. Guy писал, что рак молочной железы особенно часто встречается у женщин с истерическими и невротическими чертами характера и особенно у меланхолических женщин, а T. Nunn в 1822 году приводит случай летального прогрессирования рака молочной железы у женщины вскоре после смерти мужа. В 1928 году W. Freeman

обнаружил, что онкологические заболевания среди пациентов, страдающих шизофренией, встречаются намного реже, чем у лиц с аффективными психозами.

Из отечественных авторов Г.А. Захарьин писал, что у старых людей от огорчения бывают две болезни — рак и диабет, а процент рака на почве горя так же велик, как процент сухотки на почве сифилиса. А И. Рудницкий утверждал, что горе и огорчение фигурируют на первом месте в этиологии раковых заболеваний.

Несмотря на определенное согласие исследователей конца XIX — начала XX века в том, что с раком тесно связаны некоторые психологические проблемы личности, интерес к этому вопросу ослабел в связи с прогрессом в хирургическом и ином лечении новообразований. Вновь взгляды исследователей обратились к описываемой проблематике после Второй мировой войны. В 1952 году группа ученых под руководством А. Sutherland одной из первых описала психологические реакции пациентов после мастэктомии и колостомии.

В эти же годы к проблемам психоонкологии активно обращаются психоаналитики. Так, например, в 1977 году L. LeShan, основываясь на обследовании 500 больных раком, подробно описал историю развития личности, предрасположенной к данному заболеванию, и предложил возможные психотерапевтические интервенции, направленные не более и не менее, как на полное излечение от болезни. Несомненно, заслуживают упоминания и работы С. Simonton (1978), который в сотрудничестве со своими коллегами 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 не о полном излечении, а об увеличении продолжительности жизни онкологических больных под влиянием психотерапии. Одним из пионеров в этой области является D. Spiegel. Вместе с группой коллег в 1989 году он показал, что психосоциальные интервенции статистически достоверно увеличивают продолжительность жизни больных с метастатическим раком молочной железы.

В последние же годы все больше и больше начинают говорить о психосоциальной помощи, направленной на повышение качества жизни как самих пациентов, так и их родственников, а также на профилактику и лечение тех или иных дезадаптивных психологических реакций у врачей и медицинского персонала. В 1993 году во Фрайбурге (Германия) был организован «The Tumor Biology Center», в структуре которого открылось одно из первых в мире отделений психоонкологии (сейчас — клиника онкореконвалитации), в котором осуществляется групповая, индивидуальная и семейная психотерапия. Проводятся сеансы музыкотерапии, арт-терапии, терапии занятостью и др.

В нашей стране особое место занимает психоонкологический отдел, сформированный на базе Российского научного онкологического центра им. Н.Н. Блохина в сотрудничестве с Научным центром психического здоровья и кафедрой психиатрии и психосоматики Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Нельзя не упомянуть и проект «СО-действие», в рамках которого действует горячая линия бесплатной круглосуточной психологической помощи для онкологических больных и их близких. Телефон горячей линии: 8-800-100-01-91. В активе Проекта также очная индивидуальная и групповая работа, курсы повышения квалификации по онкопсихологии, школы пациентов, семинары для врачей, информаци-

онные материалы для пациентов и специалистов. Так, например, «Проект СО-действие» и «Институт психологии и педагогики» проводят курсы повышения квалификации на тему: «Онкопсихология: психологическая помощь онкологическим больным и их родственникам».

Курсы предназначены для медицинских психологов, психотерапевтов, психиатров и других специалистов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях онкологического профиля, а также для частнопрактикующих психологов, консультантов горячей линии психологической помощи онкологическим больным, сотрудников и волонтеров некоммерческих организаций, работающих с онкологическими больными.

Каждый раздел обучения включает информацию о современных теориях, характеризующих психологические особенности онкологических больных и присущие им специфичные состояния и синдромы, а также новейшие приемы и практики широкого спектра методов и техник работы на всех этапах психологического сопровождения онкологического больного и его близких.

В 1984 году было создано Международное психоонкологическое общество (IPOS), а в 1986-м — Европейское общество психосоциальной онкологии (ESPO). С 1982 года издается *Journal of Psychosocial Oncology*, а с 1992-го — *Psycho-Oncology* — журнал по психологическим, социальным и поведенческим аспектам в онкологии.

В нашей стране в августе 2009 года состоялся первый учредительный съезд Ассоциации онкопсихологов, на котором присутствовали врачи-онкологи, психотерапевты, психологи, члены благотворительных и общественных организаций со всей России: из Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Кемерово, Хабаровска, Краснодара и многих других городов. В ноябре 2015 года прошел уже седьмой Конгресс онкопсихологов России.

К настоящему времени в области психоонкологии существует множество как региональных, так и международных образовательных программ. Так, например, под эгидой правительства г. Москвы и Всемирной организации здравоохранения в 2013 году стартовала Международная школа психосоциальной онкологии (IAPSO), среди организаторов которой — Международное психоонкологическое общество (IPOS).

Таким образом, несмотря на молодость, психоонкология — бурно развивающееся направление, уже имеющее свои весьма серьезные достижения.

5.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Все многообразие психического реагирования онкобольных на их заболевание можно разделить на несколько видов:

1. Реакция утраты (горя).
2. Психологические защиты.
3. Копинг-стили (стили справляться с трудностями).
4. Внутренняя картина болезни (ВКБ).
5. Невротические расстройства.
6. Психотические состояния.
7. Паранеопластические психопатологические синдромы.

Ниже мы опишем все указанные виды реакций применительно преимущественно к онкологическим пациентам, требующим паллиативной помощи.

5.2.1. Реакция утраты

Онкологические больные, в зависимости от личностных особенностей, пола, возраста, социального статуса, локализации новообразования, стадии опухолевого процесса

и т.д., могут переживать реакцию горя различного содержания, силы и длительности. Преимущественно они могут столкнуться со следующими основными утратами:

1. Здоровья или самой жизни (терминальные пациенты). Американский психолог Элизабет Кюблер-Росс была одной из основательниц концепции психологической помощи умирающим больным. На основе своего практического опыта она в 1969 году написала книгу («О смерти и умирании»), ставшую классической в описании стадий проживания утрат. Она одной из первых подняла вопрос об ответственности врача не только за здоровье умирающего, но и за то, чтобы последние дни его жизни были прожиты с достоинством, без страха и мучений.

2. Внешней привлекательности (например, опухоли кожи лица).

3. Женственности или мужественности (например, после удаления молочной железы или пениса).

4. Работы.

5. Социального и семейного статуса.

6. Перспектив на будущее.

Переживание утраты проходит ряд этапов. И хотя их описания различными авторами отличаются друг от друга, классическим считается выделение пяти стадий (E. Kübler-Ross, 1969): шока, гнева, «торга», печали и принятия. Они не всегда протекают в указанной последовательности и могут накладываться друг на друга, то есть когда предыдущий этап еще не пережит, может начаться другой.

Первой реакцией (стадия шока) на информацию о болезни и необходимости специализированного лечения является растерянность, непонимание происходящего, страх, порой 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 различ-

на, но в целом довольно быстро человек успокаивается и говорит себе: «Нет, этого не может быть!» Находятся различные рациональные доводы тому, что полученная информация не соответствует действительности. Пациенты начинают успокаивать себя: возможно, врачи ошиблись; в рентгенограмму (УЗИ, эндоскопию и пр.) вкралась ошибка; вероятно, их вообще перепутали с кем-то другим и т.д. Подобным образом протекает стадия шока.

После подтверждения диагноза, проведенной операции (или с началом иного вида лечения) пациент входит *во вторую стадию* переживания утраты, стадию гнева. Гнев может быть направлен 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(а) здоровый образ жизни) и т.д.

Стадия «торга». Еще ее называют стадией «сговора с судьбой» или переговоров. Она как бы дает небольшую передышку перед следующим, наиболее трудно переживаемым этапом — стадией печали. Пациенты обращаются к Богу или судьбе со своими просьбами, обещаниями что-то сделать, если Он даст им какие-либо возможности. Например, больной говорит себе: «Я всю свою жизнь посвящу церкви, если поправлюсь», или «Я большую часть своих средств буду отдавать в фонд помощи детям, больным лейкозом, если доживу до совершеннолетия внука».

Четвертый этап — этап печали, собственно горя, оплакивания утраты. Печаль — это то чувство, которое в прямом смысле помогает человеку проститься с прошлым. На этом этапе, как, впрочем, и на стадии гнева, могут возникнуть проблемы с переживанием и тем более выражением эмоций. Пациенты неосознанно блокируют печаль, нередко полностью «отрезая» себя от кажущейся невыносимой психологической боли. Понимая, что они тяжело больны,

пациенты, в то же время не испытывают по этому поводу никаких чувств.

Со временем больные все чаще начинают осознавать: того, что было, — уже не вернуть. Потом вдруг начинают размышлять на тему: а что было бы, если бы? Например: «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 действительности*. Этот этап сопровождается чувством облегчения и расслабления. Пациенты начинают больше смотреть 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, крайне важным представляется вопрос об информировании пациента о диагнозе. Следует отметить, что дискуссии по этому вопросу не прекращаются на протяжении многих десятилетий. Но в настоящее время вряд ли можно услышать категоричные заявления, что стоит говорить всем и всегда или — никому и никогда. Большинство онкологов, психиатров, психотерапевтов, психологов придерживается того мнения, что сообщать о диагнозе следует, но вопрос заключается в том — как. При этом сообщение диагноза должно носить *максимально* щадящий характер при *максимальном* учете личностных особенностей пациентов. 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.

Любопытную динамику взглядов американских врачей на рассматриваемую проблему приводят J.C. Holland et al. (1995): при опросе в Нью-Йорке в 1979 году 97% лечащих врачей считали, что диагноз сообщать надо, тогда как двад-

цатью годами раньше 90% высказывались против этого. В анкетировании, проведенном в НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова, при ответе на вопрос, необходимо ли сообщать диагноз онкологическому больному, утвердительно ответили 94% врачей различных специальностей. Еще одно исследование относится к самим пациентам: 69% опрошенных хотели бы знать о своем диагнозе и лишь 10% — нет.

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 и т.д., какая возможна помощь в случае неизлечимой болезни.

5.2.2. Психотерапия на этапе переживания утраты

Общим правилом психотерапевтической работы с людьми, перенесшими тяжелую утрату, является облегчение процесса прохождения через все этапы траура. На первом этапе — стадии шока — 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 как можно больше говорить 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.

Christina Volund в 1990 году подробно описала все стадии утраты применительно *именно* к онкологическим боль-

ным и возможные психотерапевтические интервенции на каждом из этапов. Весь процесс в целом был назван ей «учимся жить с раком».

На стадии шока врачу необходимо (1) дать пациенту достаточно времени, чтобы привыкнуть к необходимости различных и порой длительных процедур обследования, вкратце сообщить о предполагаемом лечении, (2) осторожно и сбалансированно информировать больного об опасностях заболевания и возможных надеждах, что будет контрастировать с общепринятым только лишь пессимистическим мнением о прогнозе и создаст атмосферу доверия, (3) делать упор на то положительное, что было обнаружено в результате обследования, подчеркивать принципиальную излечимость рака, (4) вносить структуру в «хаос» этой стадии, постоянно останавливаясь на том, что именно было сделано в каждый конкретный день, (5) организовать сообщение информации пациенту разными людьми (например, врачом и медицинской сестрой), (6) при необходимости позволить больному иметь рядом кого-то из близких в процессе сообщения информации, (7) не спрашивать о чувствах.

Во время прохождения онкобольным стадий гнева и печали адекватными психологическими вмешательствами являются следующие: (1) регулярные встречи с врачом для обсуждения различных процедур лечения и их эффективности; поддержка со стороны врача, его заинтересованность и открытость являются более приоритетными, чем длительность встреч, (2) подчеркивание адекватности и «нормальности» эмоциональных переживаний пациента, какими бы сильными и болезненными они ни были, (3) выяснение, нуждается ли больной в дополнительной помощи со стороны психолога, социального работника, психотерапевта или психиатра, (4) обсуждение существующих проблем и поощрение пациента к предварительной выработке стратегий на будущее, что будет подчеркивать его собственную силу и возможности.

После того как онкобольной переходит к последней стадии переживания утраты («что случилось, то случилось и это лишь часть жизни»), психологическая помощь ему должна предусматривать: (1) поддержку в пациенте принятия того факта, что он был серьезно болен и это обусловило серьезное лечение (удаление органа, химиотерапию и др.) с его побочными эффектами (облысение, рвота и др.); жизнь изменилась и уже не будет такой же, как прежде, (2) суммарное и открытое обсуждение того, что случилось, какую болезнь и лечение перенес пациент, нуждается ли он в специфической реабилитации: физиотерапии, определенной диете, психотерапии, (3) последовательное и детальное планирование будущего, поиск смысла и перспектив в изменившейся ситуации.

5.2.3. Терминальные пациенты

Пять стадий переживания утраты Е. Kübler-Ross описала, наблюдая именно за умирающими онкологическими пациентами. А один из, наверное, самых известных отечественных психоонкологов А.В. Гнездилов большую часть своей книги «Психология и психотерапия потерь», изданной им в 2002 году, посвятил терминальным больным. В частности, в ней он говорит об основных медицинских, психологических и социальных проблемах (они, естественно, переплетаются друг с другом), с которыми сталкивается пациент, которому невозможно проведение специального лечения.

Среди *медицинских* проблем на первом месте, без сомнения, стоит боль. Следует отметить, что эта проблема является одновременно и психологической, хотя бы с точки зрения страха перед возникновением выраженных болевых ощущений. Пациенты страдают и от других соматических симптомов: тошноты, рвоты, анорексии и др., в ответ на которые также формируются сильные эмоциональные ре-

акции. Уход за больными имеет как медицинские, так и психологические (чувство беспомощности, неполноценности) и социальные (организация) аспекты.

На первый план среди психологических проблем выступает сама приближающаяся смерть. Больные переживают самый настоящий ужас небытия и уничтожения личности. И, конечно, как пишет Гнездилов «...Проблема смерти часто рождает проблему смысла жизни».

Социальные проблемы, по мнению А.В. Гнездилова, связаны с представлениями о заразности рака, написанием завещания и т.д.

В преддверии надвигающейся смерти может меняться состояние сознания пациентов, мир предстает с совершенно другими приоритетами. То, что прежде было несущественно, становится вдруг важнейшим, на поверхность сознания всплывают давно забытые события, представляющиеся гораздо более современными, чем актуальное жизненное пространство. Полностью изменяется восприятие времени, обычно исчезает его линейность. Обостряется метафоричность восприятия и мышления, больные в большей степени сосредоточены на своих сновидениях и фантазиях, приобретающих характер реальности. Усиленный интерес к будущей жизни чаще выражается различными метафорами и символами. Масштабы времени и пространства в существенной мере теряют реальный и практический характер. Подобные изменения в сознании больных, как правило, совершенно непонятны для обслуживающего персонала, который трактует их как проявления спутанности. В то же время понимание их позволяет психотерапевту проникнуть во внутренний мир умирающего пациента, в котором важнейшие сообщения часто «переодеты» в метафоры и символические образы.

Одним из оптимальных решений в данном случае является расшифровка психотерапевтом мысленных образов,

вырастающих из бессознательных переживаний больного (С.В. Bahnson). Если при проработке сновидений, фантазий и «бессмысленных» сообщений пациента значимый образ обнаруживается психотерапевтом, то дальше он может с ним активно работать. С помощью неглубокого гипноза или даже в состоянии бодрствования, с использованием своих собственных направленных ассоциаций психотерапевт погружает больного в положительно эмоционально окрашенные и избавляющие от мучений состояния. Действенность этого погружения определяется не случайным характером, а индивидуальной значимостью для больного найденного образа.

Еще одним важным принципом работы с неизлечимыми больными является предоставление им максимальной возможности контактов с другими людьми: врачами, медсестрами, психологами, психотерапевтами, социальными работниками, близкими людьми. К сожалению, это не всегда удается сделать, поскольку часть из них наотрез отказываются от общения. В этом случае достаточно хотя бы присутствовать у постели умирающего. Интенсивные контакты помогают пациенту переживать и выразить нередко крайне противоречивые эмоции, сменяющие друг друга или сосуществующие друг с другом. С одной стороны, это одиночество, безнадежность, страх; с другой — чувство близости, надежда, уверенность. Переживая эти чувства, больной может прийти к примирению с мыслью о неизбежности смерти (настолько, насколько это возможно), когда она начинает восприниматься и приниматься им как *естественное* следствие жизни.

У ряда терминальных больных возникает желание (которое необходимо поддерживать и осуществлять его техническую реализацию) увидеться с прежними друзьями, уладить старые «незавершенные дела», связанные, например, с давними обидами и переживаниями. После завершения

этих процессов пациенты чувствуют, что теперь они могут больше внимания уделять повседневной жизни и подготовиться к достойному концу.

Ряд рекомендаций для работы с умирающими больными дает Б.Д. Карвасарский (1998):

1) выработка стабильных и доверительных отношений с врачом;

2) обеспечение постоянной доступности психотерапевта в случае необходимости;

3) использование возможностей для вербализации ипохондрических представлений, чувств и фрустрированной агрессии больного;

4) психологическая поддержка в качестве дополнительного фактора программы соматической терапии;

5) усилия в направлении «третьей реальности», т.е. иррациональности, религии и т.д.

Современные организационные формы для использования терминальной психотерапии представлены прежде всего хосписом. А.В. Гнездилов подчеркивает, что «...обычно, когда человек попадает в больницу, он лишается дома: он лишается обычной жизни, своих близких, которых может видеть только в определенные часы, лишен и привычно окружающих его предметов — здесь он подчинен режиму государственного учреждения. Словом, в больнице происходит депривация дома. В противоположность этому хоспис ставит задачей создание дома в своих стенах — дома, в котором человек чувствовал бы себя защищенным». Он же пишет и о так называемой психотерапевтической этике хосписной службы:

1. Отношение к пациенту как к личности.

2. Страдание страшно не само по себе, а когда оно бессмысленно, поэтому смысл обретается в ценностях окружающего мира:

а) в поисках истины, Бога;

б) в красоте;

- с) в любви; в прощении и примирении с врагами;
- д) в окружающем мире.

3. Делать добро — один из важнейших этических принципов хосписа.

4. Минимум вреда и травматичности для пациента.

5. Оказание помощи, когда ее ждут или просят.

6. Уважение к жизни.

7. Принятие неизбежности смерти.

8. Использование всех ресурсов пациента.

9. Исполнение последнего желания.

10. Нельзя, чтобы лечение было тяжелее самого заболевания.

11. Стремление сохранить жизнь, но при биологической невозможности — создание условий комфортной смерти.

12. Индивидуальным потребностям больного дается приоритет перед социальными правилами. Больной должен чувствовать свободу, не ограниченную режимными моментами хосписа, поскольку он живет в особом времени и пространстве.

13. Чем меньше ожиданий, тем выше качество жизни.

14. Больной и семья — единое целое. Забота о семье — это продолжение заботы о пациенте.

Из этики паллиативной медицины вытекают основные принципы ухода за пациентом:

1. Умение слушать.

2. Терапия присутствием.

3. Умение служить.

4. Умение жить с пациентом.

5. Важность создания психотерапевтической среды.

6. Единство персонала и семьи в уходе за пациентом.

7. Привлечение волонтерской службы.

8. Индивидуальный подход к каждому пациенту и его близким.

9. Использование всех резервов.

10. Удовлетворение духовных потребностей

5.2.4. Психологическая защита

Термином «психологическая защита» определяется бессознательный психический процесс, целью которого является предохранение индивида от переживания неприятных, болезненных эмоций. Защиты могут формироваться и для поддержания чувства собственного достоинства. Понятие, предложенное еще в 1894 году Зигмундом Фрейдом, в настоящее время широко используется не только в психоанализе, но и в других психологических и психотерапевтических школах.

Ниже приводится ряд факторов (страхов), которые способствуют запуску защитных механизмов у онкобольных (Янстон В.И., 2009):

Страх перед неизвестностью.

Страх фатального исхода. Зачастую он подпитывается мифом о неизлечимости рака.

Страх физической боли. Пациенты могут бояться боли, связанной с прогрессированием заболевания или вследствие тех или иных медицинских манипуляций, в частности операции.

Страх перед лечением. Он перекликается с предыдущим страхом и связан с иными негативными представлениями пациентов о лечении, например о последствиях химиотерапии (рвота, облысение).

Страх перед изменением социального статуса, а также жизненных планов и перспектив:

- а) страх стать обузой для своих близких;
- б) страх утратить прежнюю семейную роль, в которой пациент чувствовал себя комфортно;
- в) страх перед потерей работы;
- г) страх перед угрозой срыва жизненных планов;
- д) страх перед потерей возможности долгосрочного планирования.

Для того чтобы помочь пациентам справиться с описанными страхами, порой достаточно лишь дать им недо-

стающую объективную информацию, например, о самом заболевании, его развитии, последствиях, выживаемости, предполагаемом лечении, возможностях обезболивания.

К сегодняшнему дню описано несколько сотен психологических защит, в частности и тех, которые наблюдаются у онкологических больных. Для примера приведем некоторые из них:

- Вытеснение, при котором неприятные переживания из осознанных становятся бессознательными («забываются»). Онкобольные могут вытеснять, например, момент сообщения диагноза, или мысли о приближающейся смерти.

- Проекция, когда поведение, качества, побуждения и желания, которые не замечает или не хочет замечать в себе человек, приписываются другим людям. «Вон, посмотри, сосед все подряд ест и пьет, а ему врачи еще больше, чем мне запрещают», — говорит жене муж, недавно прооперированный по поводу рака желудка и выпивший изрядную долю спиртного.

- Рационализация, выражающаяся в логическом объяснении избегания определенных ситуаций. Так, онкобольные могут объяснять массой домашних дел откладывание визита к врачу, а терминальную кахексию — ухудшающейся экологической ситуацией.

- Идеализация — преувеличенно позитивное восприятие другого человека, например того, кто пообещал «чудесное исцеление». Особо склонны одновременно рационализировать и идеализировать неизлечимые пациенты. Многие из них могут считать, что их болезнь неоправданно затянулась и лишь поиск и лечение у единственного «врача от Бога» может излечить их.

И все же наиболее частой *психологической защитой онкологических больных* является защитная реакция в виде *отрицания*. Отрицаться может сам факт наличия смертельно опасного заболевания, его тяжесть, последствия и т.д. Так,

больной со злокачественной опухолью кожи через несколько минут после сообщения ему о диагнозе поинтересовался, какие существуют методы лечения его язвы. А одна из пациенток, перенесшая операцию по поводу рака шейки матки, с улыбкой констатировала: «Я знаю, что у меня рак, но это для меня все равно что простуда».

Отношение исследователей к этой психологической защите неоднозначно. Одни авторы считают отрицание дезадаптивной, другие, напротив, — реакцией, способствующей адаптации. Большинство же придерживаются мнения, что отрицание может играть как положительную, так и отрицательную роль, в зависимости от различных факторов, в частности от стадии заболевания.

На ранних этапах заболевания, а, собственно, и горевания, данная защита является своеобразным психологическим обезболивающим средством. И ее стоит поддерживать, оберегая больного от переживания «зашкаливающих» эмоций. Но довольно быстро отрицание может начать препятствовать комплаентности: пациенты не проходят вовремя необходимые обследования, отказываются от лечения и т.д. В этих случаях необходимо «конфронтировать» защиту, то есть показать пациентам их игнорирование реальности, что чаще всего и делает психолог или психотерапевт. На поздних стадиях болезни отрицание вновь может «поощряться» с целью уменьшения силы и остроты эмоциональных переживаний.

5.3. СТИЛИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ СПРАВЛЯТЬСЯ С ТРУДНОСТЯМИ (КОПИНГ-СТИЛИ)

Термин «копинг-стиль» (от англ. to cope — преодолеть, справиться, совладать) впервые в 1962 году использовал Л. Мэрфи, изучая то, каким образом дети преодолевают кризисы развития.

В целом большинство авторов придерживается следующей классификации способов совладания:

- 1) копинг, нацеленный на оценку;
- 2) копинг, нацеленный на проблему;
- 3) копинг, нацеленный на эмоции.

Другими словами, имеются когнитивные, поведенческие и эмоциональные копинг-стратегии. Как те, так и другие могут быть как адаптивными, так и дезадаптивными. Ниже приводятся примеры различных копинг-стилей.

Когнитивные копинг-стили.

1) *Адаптивные*: «анализ проблемы и поиск способов ее разрешения», «понимание собственной ценности как личности», «сохранение самообладания», «осознание своих ресурсов».

2) *Дезадаптивные*: «смирение», по типу «будь что будет», «низкая оценка своих возможностей», «игнорирование проблемы» (как любила говорить Скарлетт О'Хара из знаменитого романа «Унесенные ветром»: «Я подумаю об этом завтра»), «самообвинение».

Поведенческие копинг-стили.

1) *Адаптивные*: «обращение за помощью», «сотрудничество», «альтруизм».

2) *Дезадаптивные*: «активное избегание», «пассивность», «изоляция».

Эмоциональные копинг-стили.

1) *Адаптивные*: «чувство протеста», «оптимизм», «уверенность», «проговаривание чувств».

2) *Дезадаптивные*: «подавление чувств», «чувство вины», «раздражительная неудовлетворенность», «отчаяние», «беспомощность», «безнадежность».

Стили справляться с трудностями у онкобольных столь же разнообразны, как и у остальных людей. Наиболее же часто у них встречаются два — противоположные по своей сути — стили: беспомощность/безнадежность и «дух борьбы» или «бойцовский дух» (англ. fighting spirit). Первый из них ведет к чувству отчаяния, пассивному

принятию существующего положения вещей и нередко к сопротивлению лечению. Второй — к активному противостоянию болезни, поиску способов справиться с ней, сотрудничеству с врачами.

Психологическая коррекция копинг-стратегий представляет собой сложную и кропотливую работу. Здесь используется, в зависимости от принадлежности терапевта или консультанта к той или иной теоретической концепции, практически весь арсенал современных психотерапевтических методов, о которых речь пойдет ниже: от классического гипноза и аутогенной тренировки до гештальттерапии, арт-терапии, смехотерапии.

Одним из наиболее известных в психоонкологии методов для изменения личностного стиля справляться с трудностями является адьювантная психологическая терапия (АПТ), предложенная S. Moorey и S. Greer в 1989 году. Отметим, что ряд авторов в области психоонкологии предлагают рассматривать практически всю психотерапию в онкологической практике в качестве адьювантной, по аналогии с адьювантной химиотерапией.

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.

При использовании адьювантной психологической терапии авторы исходят из предположения, что психологические проблемы онкологических больных связаны не только с самим фактом наличия у них злокачественной опухоли, но и еще с двумя важными факторами: (1) личностным восприятием пациентом своего заболевания, другими словами, каким образом он к нему относится, и (2) его способностью справляться с трудностями, то есть с тем, что он думает, чувствует и делает для преодоления опасностей, связанных с

раком. Именно на этих двух факторах и фокусируется АПТ. Она проводится с пациентами индивидуально, а если возможно, и с супружескими парами. Длительность терапии составляет шесть сеансов (при необходимости и больше), по одному часу каждый.

Из конкретных техник используются следующие:

1. Обучение пациента идентифицировать и записывать негативные мысли, которые приходят ему в голову как бы «автоматически», и заменять их более реалистичными и способствующими адаптации.

2. Проигрывание в воображении и ролевых играх предстоящих стрессовых событий и того, как он будет с ними справляться.

3. Планирование больным различных поведенческих стратегий, которые будут давать ему, с одной стороны, ощущение контроля над различными аспектами его жизни, с другой — доставлять удовольствие.

4. Релаксационный тренинг при слишком выраженной тревоге.

5. Обучение пациента открытому выражению своих чувств.

6. Подчеркивание собственных сил личности, повышение самоуважения, помощь в преодолении чувства беспомощности.

Если пациент использует защиту в виде отрицания, она не конфронтируется, то есть не выявляется. Тема болезни не обсуждается, вместо этого терапия в конечном итоге фокусируется на развитии собственных способностей пациента справляться с трудностями, что поможет ему вернуться к нормальной жизни настолько быстро, насколько это возможно.

Некоторыми авторами для коррекции копинг-стилей предлагаются также образовательные программы, обучающие онкобольных различным способам справляться со

стрессом, поведению с целью разрешения проблемных ситуаций. Особая роль отводится чувству тревоги: что это за эмоция, почему мы ее испытываем, какую роль она играет в жизни людей, как управлять тревогой.

Стимуляция адаптивных копинг-стратегий важна и в помощи неизлечимым онкологическим пациентам. Как мы уже писали в разделе, посвященном смысло-ориентированной психотерапии, таким больным важно обретать и поддерживать ощущение смысла жизни, даже перед лицом смерти.

5.4. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

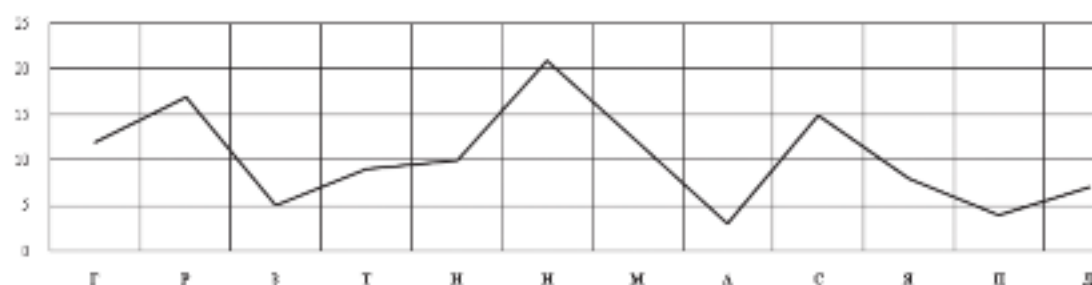
Термин «внутренняя картина болезни» (ВКБ) предложил Р.А. Лурия в 1930 году. Согласно ему ВКБ — это субъективное отношение к заболеванию. Суть его заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза заболевания, когнитивной оценке его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттернов. На протяжении многих десятилетий предлагались и другие термины: «аутопластическая картина болезни», «переживание болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни», «психологическое реагирование на заболевание», «реакция на болезнь» и другие.

Сотрудниками Института им. В.М. Бехтерева было не только предложено понятие «тип отношения к болезни», но и разработан инструмент (**Личностный Опросник Бехтеревского Института — тест ЛОБИ или ТОБОЛ**) для его диагностики.

В ранней версии теста авторы опросника предлагали выделять 13 типов отношения к болезни: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический и паранойяльный. В но-

вом варианте авторами был исключен обсессивно-фобический (его стали рассматривать как один из вариантов тревожного), а эйфорический вошел в анозогнозический тип. Таким образом, Личностный Опросник Бехтеревского Института позволяет определить 12 типов отношения к болезни.

Графически (см. рисунок) полученные по методике результаты изображаются в виде профиля (графика), где по горизонтальной оси отмечаются буквенные символы 12 шкал, а по вертикали — их числовые значения. Полученный профиль интерпретируется подобно профилю ММРІ.



Для обобщающего анализа результатов, полученных по тесту ЛОБИ, все типы отношения к болезни объединены в три блока. I блок включает в себя гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы и указывает на наиболее *благоприятную* реакцию пациента на болезнь; II блок объединяет тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический типы и свидетельствует об *интрапсихическом* стиле реагирования; III блок складывается из сенситивного, эгоцентрического, паранойяльного и дисфорического типов отношения к болезни и показывает тип реагирования личности на болезнь с *интерпсихической* направленностью. Последний тип реагирования, как отмечают авторы теста, скорее всего, связан с преморбидными личностными особенностями пациентов.

Наряду с принципами психокоррекции отдельных типов, общий принцип заключается в том, чтобы помочь пациенту повысить уровень I блока.

Ниже приводится краткое описание типов отношения к болезни и возможные психотерапевтические интервенции в случае доминирования того или иного типа.

1. Гармоничный (Г). Трезвая оценка своего состояния, стремление к сотрудничеству с врачами и поиску наиболее эффективных методов лечения. В случае неблагоприятного течения или исхода заболевания переключение интересов на те области жизни, которые остаются доступны.

2. Эргопатический (Р). «Уход от болезни в работу». Стремление во что бы то ни стало продолжать работу и сохранять свой профессиональный статус.

Основные психотерапевтические интервенции. Наряду с конфронтацией чрезмерной активности больных, у работающих пациентов необходимо поддерживать их стремление продолжать те или иные виды трудовой деятельности. В случае невозможности этого в силу соматического состояния (так же как и у неработающих) важно помочь им перераспределить энергию в сторону выполнения посильного труда: домашняя работа, уход за внуками, занятия любимым делом, или даже уход за самим собой.

3. Анозогнозический (З). Отрицание болезни, отбрасывание мыслей о ней. Недооценка степени тяжести заболевания, несоблюдение режима. Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. В крайних случаях возможен отказ от обследования и лечения. При эйфорическом варианте — необоснованно повышенное настроение.

Основные психотерапевтические интервенции. Фактически коррекция этого типа идентична с уже описанными принципами работы с защитной реакцией в виде отрицания.

4. Тревожный (Т). Постоянное беспокойство по поводу возможного неблагоприятного течения заболевания,

неэффективности или даже опасности лечения. В случае обсессивно-фобического варианта данного типа тревожная мнительность распространяется прежде всего на маловероятные осложнения болезни и неудачи лечения. Воображаемые опасности могут волновать больше реальных.

Основные психотерапевтические интервенции, используемые для коррекции этого типа: эмоциональная поддержка и нормализация. Последняя помогает пациентам понять, что часть их тревоги совершенно нормальна и естественна (т.н. здоровая тревога). Ведь все люди испытывают ту или иную тревогу, если они больны. Более того, здоровая тревога не просто естественна, она носит адаптивный характер и помогает людям мобилизоваться перед неизвестностью в будущем. Эмоциональная поддержка необходима больным в переживании той части тревоги, которая носит невротический характер.

5. Ипохондрический (И). Сосредоточенность на неприятных и болезненных ощущениях. Преувеличение имеющихся и выискивание несуществующих болезней.

Основные психотерапевтические интервенции. Обычно этот тип отношения к болезни плохо поддается коррекции. Большую роль может играть информирование пациента о заболевании и ясные и четкие ответы на его вопросы. Можно использовать и позитивное переформулирование жалоб. Например, боль может интерпретироваться как защитная реакция, сигнализирующая о неполадках в организме, а повышенное внимание к своему здоровью — как стимул к прохождению необходимого обследования. Важным может быть и сбалансированное использование юмора.

6. Неврастенический (Н). Вспышки раздражения, нередко заканчивающиеся слезами и раскаянием. Нетерпеливость и несдержанность.

Основные психотерапевтические интервенции. Спокойствие и уверенность — это то, что может быть нужно паци-

ентам в первую очередь и что обеспечивается атмосферой консультирования и поведением психотерапевта. Хорошо при неврастенических реакциях зарекомендовали себя различные релаксационные техники. Полезной может оказаться и эмоциональная терапия, направленная на выражение подавленных чувств по поводу болезни, в частности негодования и боли.

7. Меланхолический (М). Удрученность болезнью, неверие в успешность лечения и выздоровление. Пессимизм, подавленное настроение.

Основные психотерапевтические интервенции. В настоящее время существует огромное множество подходов к лечению депрессии, через призму которых можно рассматривать и коррекцию этого типа. Один из широко известных — это так называемая когнитивная психотерапия Бека. Суть ее состоит в следующем. Большинство людей привыкли считать, что их плохое настроение обусловлено каким-либо неприятным событием (в данном случае онкологическим заболеванием), забывая при этом еще об одном компоненте — своем представлении, своих мыслях об этом событии. По мнению Бека, эти мысли часто являются произвольными и очень привычными для человека. Но именно они и приводят к депрессии, и задача психотерапевта заключается в том, чтобы помочь клиенту вначале научиться идентифицировать, а потом и изменять их.

В этом процессе могут помочь простые вопросы, которые пациент задает самому себе:

1. Каковы доказательства правильности моей мысли?
2. Каковы доказательства того, что моя мысль неверна или не вполне верна?
3. Существует ли альтернативное объяснение происшедшему?
4. Каков наихудший возможный исход?
5. Смогу ли я пережить это?

6. Каков наилучший возможный исход?
7. Каков наиболее реалистичный исход событий?
8. Каковы последствия моей убежденности в правильности негативных мыслей?
9. Каковы могли бы быть последствия, если бы я думал(а) об этом более реалистично?
10. Что я могу сделать конструктивно в данной ситуации?

Если говорить об эмоциональном уровне, то в общении с пациентами с этим типом отношения к болезни особенно важным является безусловное принятие их, «бытие» вместе с ними.

8. Апатический (А). Безразличное отношение к обследованию, исходу заболевания и к результатам лечения. Утрата интереса к жизни.

Основные психотерапевтические интервенции заключаются в одновременном использовании принятия и конфронтации (выявления). Пассивность и апатия пациента полностью принимаются: например, задавая вопрос или делая какое-то предложение, необходимо терпеливо ожидать его реакции, не делая для него того, что он может сделать сам. В то же время такое поведение психотерапевта одновременно является и конфронтацией пассивности и апатии, поскольку пациент может начать осознавать и/или более глубоко понимать их. Иногда полезной может оказаться парадоксальная техника, когда консультант сам уходит в пассивность (естественно, осознанно), опускает руки и говорит что-то вроде: «А я и сам не знаю, что делать, вроде бы ничего и не сделаешь».

9. Сенситивный (С). Чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое заболевание может произвести на окружающих. Повышенная восприимчивость к отношению со стороны окружающих людей. Боязнь стать обузой для близких. Пониженная самооценка.

Основные психотерапевтические интервенции должны быть направлены на повышение самооценки пациентов. Этого в первую очередь можно достичь через уважительное отношение к нему со стороны всех окружающих его людей: близких, врачей, психологов и др.

Напомним, что оставшиеся три типа отношения к болезни (эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический) связаны прежде всего с личностными особенностями больных. Это делает воздействие на них сложной, длительной и кропотливой работой, направленной, во-первых, на выявление, во-вторых, на коррекцию тех или иных обнаруженных черт характера. В связи с этим ниже мы приводим лишь описание этих типов.

10. Эгоцентрический (Я). «Уход в болезнь». Выставление напоказ своих страданий с целью завладеть вниманием окружающих людей. Требование исключительной заботы.

11. Паранойяльный (П). Уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Подозрительность к обследованию и лечению. Стремление приписывать возможные осложнения халатности врачей и медперсонала.

12. Дисфорический (Д). Зависть и ненависть к здоровым людям. Мрачно-озлобленное настроение. Требование к близким во всем угодать.

В заключение стоит отметить, что в последние десятилетия стали говорить не только о ВКБ, но и о внутренней картине здоровья (ВКЗ), которая включает в себя субъективное отношение к уровню своего физического, психологического, духовного и социального благополучия.

У неизлечимых онкологических пациентов трудно ожидать гармоничной реакции. Чаще приходится сталкиваться с тревожным, меланхолическим или даже апатическим типом отношения к болезни. И в работе с ними, особенно на стадии умирания, врачу необходимо проявлять максимум эмпатии, принятия и поддержки.

5.5. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Еще одним видом психических реакций, которые наблюдаются у пациентов онкологического профиля, являются *невротические расстройства*, попадающие под диагностические критерии Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10). Особенно важным представляется диагностика и терапия невротозов у больных с неизлечимыми формами злокачественных новообразований, поскольку невротическая симптоматика накладывается на тяжелое соматическое состояние пациентов, еще больше снижая качество их жизни.

Нередко в клинике встречаются астенические, ипохондрические, фобические, истерические, навязчивые и другие проявления, которые у ряда онкобольных могут и не достигать степени расстройства, тем не менее требуя психотерапевтической помощи. Наиболее часто невротические расстройства диагностируются в рубрике F.43 — «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», в которую входят следующие категории:

F43.0 Острая реакция на стресс

Это — преходящее расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение нескольких часов или дней. В возникновении и тяжести острых реакций на стресс играют роль индивидуальная уязвимость и адаптивные способности; об этом свидетельствует тот факт, что это расстройство развивается не у всех людей, подвергшихся сильному стрессу.

Острая реакция на стресс проявляется «оглушенностью» с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособностью адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировкой. Это состояние может сопровождаться или уходом от окружающей ситуации

(вплоть до ступора), или ажитацией и гиперактивностью. Часто присутствуют тревога, гнев, отчаяние, вегетативные симптомы (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение). Обычно симптомы развиваются в течение нескольких минут после воздействия стрессового раздражителя или события и исчезают через два-три дня.

Острая реакция на стресс может развиваться на любом этапе течения онкологического заболевания, но более часто встречается в какие-то «переломные» моменты: получение информации о диагнозе, неблагоприятном прогнозе, о необходимости лечиться не у онкологов, а по месту жительства (симптоматическая терапия).

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Период активного изучения посттравматического стрессового расстройства у больных злокачественными опухолями насчитывает всего лишь около 20 лет. По данным различных исследователей, частота встречаемости данного расстройства, в зависимости от стадии заболевания, составляет до 50%. Г.П. Генс, И.Н. Олейникова и Л.И. Коробкова (2014), обобщив данные многочисленной литературы, определили ряд факторов риска развития ПТСР:

1. Женский пол.
2. Молодой возраст.
3. Низкий материальный достаток.
4. Низкий уровень образования.
5. Алкогольная или иная зависимость.
6. Низкая двигательная активность.
7. Выраженный хронический болевой синдром.
8. Рецидив заболевания.
9. Интенсивное и продолжительное лечение.

10. Наличие психотравмирующих ситуаций в анамнезе (таких как смерть близких, развод, проблемы с детьми, отягощенный онкологическими заболеваниями семейный анамнез и др.).

11. Низкий уровень социальной поддержки.

Согласно критериям диагностики МКБ-10, ПТСР возникает как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать глубокий стресс почти у каждого человека.

К типичным признакам ПТСР относятся навязчивые воспоминания («картинки из прошлого») о травмирующем событии, в том числе и возникающие внезапно, наплывами (так называемые флешбэки), нарушения сна, кошмарные сновидения на тематику, связанную со стрессом, избегание ситуаций, напоминающих о травме, отчужденность от других людей. Также посттравматическому стрессовому расстройству нередко сопутствуют склонность к злоупотреблению алкоголем и/или другим психоактивными веществами, повышенная тревожность и депрессия, суицидальная настроенность. Как показывает анализ литературы, возникновение, проявление и течение ПТСР у онкологических пациентов явно требует дальнейших клинических исследований. Особую значимость может представлять изучение расстройства — как острой, так и хронической его форм — у incurable больных.

F43.2 Расстройство приспособительных реакций (расстройство адаптации)

Расстройство адаптации — это состояния субъективного дистресса и эмоциональных переживаний, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни).

Проявления данного расстройства психики включают в себя депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их сочетание); чувство неспособности справиться,

планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах.

F43.20 Кратковременная (до одного месяца) депрессивная реакция.

F43.21 Пролонгированная (до двух лет) депрессивная реакция.

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации.

F43.23 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций. Обычно это такие эмоции, как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев.

F43.24 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения. Чаще всего поведенческие расстройства проявляются агрессивным и антисоциальным поведением.

F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации

Хотелось бы подчеркнуть, что депрессия является совершенно иным, качественно отличным от естественной реакции печали, состоянием психики. Для депрессивных больных помимо сниженного настроения свойственны такие симптомы, как снижение интересов и удовольствия, уменьшение активности и повышенная утомляемость, сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе, пессимистическое видение будущего, нарушения сна и аппетита, снижение способности к сосредоточению и вниманию. В рамках паллиативной помощи, на далеко зашедших стадиях заболевания, может потребоваться дифференциальная диагностика симптомов депрессии и соматических проявлений.

5.5.1. Психотерапия пациентов с невротическими расстройствами

Большинство современных психотерапевтических школ особое место уделяют контакту, взаимоотношениям

между клиентом и психотерапевтом. Для того чтобы взаимоотношения носили более качественный характер, следует придерживаться трех необходимых условий эффективной психотерапии по Карлу Роджерсу: безусловное принятие, эмпатия и конгруэнтность.

Обычно в определение *безусловного принятия* входят такие понятия, как «сердечность», «расположение», «уважение», «симпатия», и др. Безусловно положительно оценивать другого — значит оценивать его позитивно как личность, независимо от того, какие чувства вызывают определенные его поступки. Поступки могут оцениваться по-разному, но принятие, признание индивида не зависят от них. Психотерапевт ценит личность пациента в целом, он в равной мере чувствует и проявляет безусловную положительную оценку как тех переживаний, которых боится или стыдится сам пациент, так и тех, которыми тот доволен или удовлетворен.

Обладать *эмпатией* — значит воспринимать субъективный мир другого, со всем комплексом его ощущений, восприятий и воспоминаний, как если бы воспринимающий сам был этим другим человеком. Это значит — ощущать боль или удовольствие другого так, как чувствует это он сам. При этом ни на минуту не следует забывать о том, что восприятие другого подобным образом является лишь восприятием «как если бы» я был им.

Конгруэнтность, или подлинность, психотерапевта означает, что он каждый раз при непосредственных отношениях с определенным индивидом целиком и полностью остается самим собой, со всеми присущими ему переживаниями данного момента.

В работе с инкурабельными больными проблемы у психологов или психотерапевтов могут возникать с каждой составляющей «триады Роджерса». Безусловное принятие может затрудняться в связи с «безнадежным» видом па-

циентов. На уровне эмпатии трудности возможны в связи с особой тяжестью, глубиной и остротой эмоциональных переживаний на этой стадии заболевания. Не каждый может решиться, пусть даже «как бы», погрузиться в подобные эмоции — в отчаяние, безвыходность и безысходность. Конгруэнтности могут препятствовать собственные экзистенциальные трудности онкопсихолога в принятии неизбежности смерти. Все это лишний раз подчеркивает необходимость получения специального образования и подготовки в области онкопсихологии.

Из всего спектра существующих в настоящее время методов психотерапии в онкологической практике предпочтение отдается ряду из них. Чаще других применяют бихевиоральную, когнитивную, рациональную, позитивную психотерапию, различные релаксационные техники. Довольно широко используется арт-терапия, музыкотерапия, транзактный анализ. Все большую популярность приобретает «телефонная терапия» и психотерапия посредством интернета (Карвасарский Б.Д., 1998).

Поведенческая (бихевиоральная) психотерапия.

Поведенческая психотерапия направлена прежде всего на уменьшение человеческих страданий и ограничений *в способности к действиям*. В качестве ее предшественников могут рассматриваться методы психотерапии, основанные на принципах научения, которые появились во втором десятилетии прошлого века. Они вошли в литературу под названием методов условно-рефлекторной терапии.

Целью поведенческого тренинга, который обычно проводится в группе пациентов, является обучение индивида приспособительным умениям, необходимым при столкновении со сложными жизненными ситуациями. Он представляет собой скорее запрограммированный курс обучения, чем серию обычных психотерапевтических занятий и включает в себя следующие шаги:

1. *Постановка целей.* Пациент определяет, какие навыки поведения он хотел бы приобрести в результате работы. Для больных на поздних стадиях развития заболевания, это может быть, например, обучение навыкам переключения на какие-то интересующие их и доставляющие удовольствие занятия.

2. *Измерение и оценка проблем.* Задача больного — научиться на занятиях анализировать, что предшествует проблемному поведению, как и когда оно проявляется, каковы будут его последствия. Например, он сопоставляет поиск в интернете информации о болезни и снижение настроения.

3. *Психотерапевтические приемы.* В зависимости от поставленных целей используется ряд методических приемов, таких, например, как ролевые игры, четкое тематическое построение занятий, трансактный анализ (см. ниже).

4. *Репетиция поведения* (основная методика тренинга). Она представляет собой ролевое проигрывание сложных ситуаций, которые в свое время создавали или могут создать в будущем определенные трудности для пациента. Слушая смоделированные уверенные ответы и испытывая их влияние, участники группы косвенно обучаются этому умению. В некоторых группах применяются аудио- и видеозаписи образцов уверенного поведения. Другим компонентом репетиции поведения является *подкрепление*. Чаще всего это поощрение за любое улучшение, а не только за завершение сложного эпизода, демонстрирующего уверенность в себе.

5. *Домашняя работа.* Этот способ, поощряющий перенос поведенческих изменений во внешний мир, служит «экологической проверкой» приобретенных навыков.

Еще одной целью поведенческой психотерапии в онкологической клинике является купирование условно-рефлекторных тошноты и рвоты (УТР). УТР возникают в тех случаях, когда что-то в окружающей обстановке напоминает пациенту об уже перенесенных осложнениях (комната,

шприц, медперсонал и др.), и являются одними из наиболее субъективно тяжело переносимых побочных эффектов химиотерапии. 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% больных, получающих химиотерапию, жалуются на тошноту и рвоту к четвертому курсу лечения. Несмотря на наличие в настоящее время большого количества эффективных антиэметиков, полной редукции указанных симптомов, к сожалению, удается достигнуть далеко не всегда. В связи с этим возрастает необходимость поиска иных способов коррекции УТР. К последним можно отнести те или иные методы психотерапевтического вмешательства, такие как гипнотерапия, прогрессирующая мышечная релаксация Джекобсона, методика отвлечения и др.

Из поведенческих методов используется *специфическая десенситизация*. В оригинале метод был предложен J. Wolpe (1958) для лечения фобий. Автор исходил из того, что если в присутствии объекта или ситуации, вызывающей страх, эта реакция будет частично или полностью тормозиться, то тем самым ослабляется связь между объектом (ситуацией) и чувством страха. Другими словами, происходит условное торможение страха.

В онкологической практике данный метод используется следующим образом. Пациенту в состоянии релаксации предлагается постепенно в воображении все больше и больше погружаться в ситуации, вызывающие тошноту и рвоту. После 20-40 секунд «погружения» он представляет себе что-либо, действующее на него успокаивающе. Если больной овладевает ситуацией и не чувствует симптомов, переходят к тренировкам *in vivo*. При проведении специфической десенситизации возможно и использование специальных слайдов и кинофильмов.

Существует два приоритетных объяснения механизма действия этого метода. Приверженцы первого считают, что суть состоит в образовании условной связи между объектом (ситуацией) и тормозящим его расслаблением. Другие же авторы полагают, что длительная экспозиция того, что вызывает УТР, и гасит нежелательные симптомы. То есть главное в процедуре — не релаксация, а демонстрация стимула.

Когнитивная психотерапия.

Основным положением данного подхода является то, что реакция индивида на событие опосредуется его мыслями об этом событии (их в когнитивной психотерапии называют когнициями). Это так называемая схема А-В-С, где А — событие, В — мышление и С — реакция. Искаженные когниции являются причиной неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций человека. Осознав это опосредующее звено, можно понять и изменить последние. Таким образом, целью данного вида психотерапии является понимание и исправление искаженных когниций.

На первом этапе важно помочь пациенту *идентифицировать свои проблемы* (соматические, психопатологические, эмоциональные), имеющие в основе одни и те же причины.

Следующим этапом выступает *понимание и проговаривание (вербализация) неадаптивных когниций*, носящих, как правило, характер «автоматических мыслей». Автоматические мысли возникают без какого-либо предварительного рассуждения и не подвергаются сомнению. Они произвольны, не привлекают внимания пациента и в то же время направляют его эмоции и поведение. Среди основных логических нарушений, сопровождающих автоматические мысли, можно выделить следующие:

- а) произвольное умозаключение;
- б) чрезмерное обобщение;

в) «черно-белое» мышление (склонность мыслить в категориях типа «прекрасный — ужасный»);

г) персонификацию (стремление относить непосредственно к себе личностно нейтральные события);

д) преуменьшение или преувеличение важности отдельных событий.

После этапа обучения больного умению идентифицировать свои неадаптивные когниции необходимо научить его рассматривать их объективно. Этот процесс в когнитивном консультировании называется *отдалением*. Пациент рассматривает свои автоматические мысли как обособленные от реальности отдельные психологические явления. Отдаление помогает больному, во-первых, повысить способность разграничить те мнения, которые надо обосновать («я считаю»), и неопровержимые факты («я знаю»), во-вторых, позволяет осуществить дифференциацию между внешним миром и своим отношением к нему.

Следующий этап условно получил название этапа *изменения правил регуляции поведения*. Согласно когнитивной психотерапии, для регуляции своей жизни люди используют определенную систему правил, которая в значительной степени предопределяет истолкование и оценку событий. В связи с этим пациенту необходимо модифицировать эти правила, сделать их более гибкими и в большей степени учитывающими реальность.

Например, больная с неоперабельным раком, следующая правилу «пока я не буду здорова как прежде, я не буду счастлива», обрекает себя на игнорирование других сфер своих отношений. Замена подобного правила на следующие: «даже если я тяжело больна, я могу выполнять какую-то работу по дому», или, «несмотря на болезнь, я могу получать удовольствие от чтения книг», поможет пациентке в значительно лучшей степени приспособиться к реальности.

Обучение больного видеть в мыслях гипотезы вместо фактов, проверять их истинность и заменять на более гибкие — это следующая задача когнитивной психотерапии.

Рациональная психотерапия.

Рациональная психотерапия помогает пациенту использовать свою логическую способность проводить сопоставления, делать выводы, доказывать их обоснованность. Одна из центральных мишеней воздействия данного вида терапии — искаженная внутренняя картина болезни.

Существует множество методических приемов, помогающих изменить неверные представления больного, однако все они построены на логической аргументации. Среди них используются такие техники, как:

1. *Сократовский диалог*, при котором вопросы задаются таким образом, что они уже заранее предполагают только положительные ответы, на основании которых пациент уже сам делает выводы.

2. *Объяснение и разъяснение*, включающие истолкование сущности заболевания и причин его возникновения, с учетом возможных психосоматических связей. В результате этого достигается более ясная и определенная картина болезни, открываются возможности для пациента более активно контролировать свое заболевание.

3. *Убеждение*, в результате которого достигается коррекция не только когнитивного, но и эмоционального компонента отношения к болезни.

4. *Психагогика*, которая создает положительные перспективы для больного вне контекста его заболевания.

Позитивная психотерапия.

Данный подход не фокусируется на поиске причин дискомфорта пациентов, а ориентирован на выявление и активацию *ресурсов* для его преодоления. Основными принципами позитивной психотерапии являются: (1) опора только на позитивное в жизни больного,

(2) использование лишь позитивных подкреплений в работе с ним, (3) позитивистский — в философском смысле — подход, (4) предпочтительность краткосрочных форм работы. Позитивная психотерапия является одним из наиболее часто используемых видов психологической помощи в паллиативной медицине.

В ее рамках используется ряд следующих технических приемов:

— *опора на прогресс*. Пациента просят ответить на три вопроса. «Был ли в последнее время период, когда проблема исчезала или значительно уменьшалась?» «Что этому способствовало?» «Что мы все могли бы сделать, чтобы закрепить эти механизмы?»

— *фантазии о будущем*. Больной вновь отвечает на три вопроса. «Когда, по-Вашему, проблема может разрешиться?» «Что может этому способствовать?» При ответе на этот вопрос ему предлагается пофантазировать: «Мы Вас встречаем через тот период времени, который вы указали, когда поправитесь, и спрашиваем о том, что Вам помогло; каков Ваш ответ?» Третий вопрос: «Как Вы будете благодарить всех тех людей, которые Вам помогли?» Пациенту может быть предложено начать авансом реализовывать программу благодарностей.

— *знаки улучшения*. Внимание больного переключается с симптомов болезни и проявлений проблемы на признаки улучшения.

— *проблема как решение*. Пациента просят задуматься, чему научила его болезнь или проблема, в чем она была полезна для него.

— *новое позитивное название*. Больному предлагают придумать какое-либо новое название для своей проблемы, несущее позитивный оттенок. Например, скорбь по поводу утраты органа он может «переименовать» в «осторожное отношение к своему здоровью».

Релаксационные техники.

Применение данных техник оказывается эффективным для устранения стресса и его клинических проявлений. Наиболее часто используются аутогенная тренировка и прогрессирующая мышечная релаксация Джекобсона.

Методика аутогенной тренировки (АТ). Основными элементами методики являются тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание (аутодидактика).

Аутогенная тренировка состоит из двух этапов (ступеней). Задачей первого этапа является способность контролировать главным образом соматические функции.

Второй этап преследует цель овладения способностью контроля психических функций. Однако этот этап методически весьма сложен, трудоемок, показания к его применению очень ограничены и нечетки.

Одновременно с освоением и реализацией формул АТ первой ступени больной вызывает у себя ощущение полного спокойствия («Я совершенно спокоен»).

Упражнения на освоение и реализацию формул:

1. Моя правая (левая) рука тяжелая.
2. Моя правая (левая) нога тяжелая.
3. Моя правая (левая) рука теплая.
4. Моя правая (левая) нога теплая.
5. Сердце бьется спокойно и сильно.
6. Я дышу совершенно спокойно.
7. Солнечное сплетение излучает тепло.
8. Мой лоб приятно прохладен.

На освоение каждой формулы требуется одна-две недели. Занятия проводятся два-три раза в день. Не освоив одну формулу, нельзя переходить к другой. Освоение проходит последовательно от первой к восьмой формуле.

Занятия аутогенной тренировкой проводятся в трех основных позах: лежа, полулежа и в «позе кучера».

Поза лежа: больной лежит на спине, руки вытянуты параллельно туловищу и немного согнуты в локтях, ладони обращены вниз; колени и носки стоп раздвинуты кнаружи; глаза закрыты; мышцы расслаблены.

Поза полулежа: больной полулежит в кресле с подлокотниками, мышцы тела расслаблены так, как это бывает при засыпании.

Поза кучера (поза сидя): пациент сидит, не касаясь спинки стула, ноги разведены под прямым углом, предплечья лежат на бедрах, кисти свободно свешены. Глаза закрыты, голова свободно упала на грудь. Находясь в такой позе, человек похож на задремавшего на козлах кучера.

Прогрессирующая мышечная релаксация Джекобсона. В ходе выполнения прогрессирующей мышечной релаксации с помощью концентрации внимания сначала формируется способность улавливать напряжение в мышцах и чувство мышечного расслабления, затем отрабатывается навык овладения произвольным расслаблением напряженных мышечных групп.

Все мышцы тела делятся на шестнадцать групп. Последовательность упражнений такова: от мышц верхних конечностей (от кисти к плечу, начиная с доминантной руки) — к мышцам лица (лоб, глаза, рот), шеи, грудной клетки и живота и далее — к мышцам нижних конечностей (от бедра к стопе, начиная с доминантной ноги).

Упражнения начинаются с кратковременного, 5-7-секундного, напряжения первой группы мышц, которые затем полностью расслабляются; внимание сосредотачивается на чувстве релаксации в этой области тела. Упражнение для одной группы мышц повторяется до тех пор, пока пациент не почувствует полного мышечного расслабления; только после этого переходят к следующей группе.

По мере приобретения навыка в расслаблении мышечные группы укрупняются, сила напряжения в мышцах

уменьшается и постепенно внимание все более акцентируется на воспоминании расслабления.

На заключительном этапе пациент после повседневного анализа локальных напряжений мышц, возникающих при тревоге, страхе и волнении, самостоятельно достигает мышечного расслабления, и таким образом преодолевает напряжение эмоциональное.

Тем больным, которым в силу тяжести их соматического состояния, например, на далеко зашедших стадиях заболевания, трудно выполнять описанные выше упражнения, может быть предложен метод Куэ.

Он очень прост и позволяет сочетать релаксацию с самовнушением. Перед использованием методики с пациентом проводят беседу, во время которой ему объясняют влияние самовнушения на организм человека и разъясняют, каким образом подобная терапия может оказать на него целебное воздействие. Далее ему предлагают использовать самовнушение дома, для чего следует сесть или лечь в удобной позе, закрыть глаза и, пробыв в состоянии покоя 2-3 минуты, повторять самому себе мысленно или шепотом без всякого напряжения автоматически 20-25 раз одну и ту же формулу самовнушения, состоящую из 3-4 фраз. Например: «Я спокоен и расслаблен. С каждым днем я постепенно чувствую себя спокойнее и спокойнее. Настроение улучшается, силы увеличиваются!» Все это занимает всего лишь несколько минут.

Сеансы проводятся в течение нескольких недель, а иногда и месяцев по 3-4 в день, например, утром, после обеда и перед сном. Куэ особенно рекомендовал воспользоваться для этого состоянием покоя и расслабленности перед самым засыпанием, а также переходным состоянием от сна к бодрствованию при пробуждении. Чтобы не отвлекаться подсчетом количества повторений формулы

самовнушения, он рекомендовал иметь шнурок с 25–30 узелками, которые можно перебирать по мере повторения самовнушений.

Арт-терапия.

Арт-терапия, так же как и позитивная психотерапия, может быть рекомендована больным на различных стадиях течения заболевания, но особый эффект может оказывать у пациентов с неизлечимым, прогрессирующим опухолевым процессом. Термин «арт-терапия» (art — искусство, artterapy (буквально) — терапия искусством) означает чаще всего лечение изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние больного. Пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера: рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др. Все описанные занятия направлены на более ясное, тонкое и глубокое выражение своих чувств, переживаний, проблем, внутренних противоречий. Обычно арт-терапия проводится в групповом формате и наряду с переживаниями предполагает и совместное их проговаривание (вербализацию).

Арт-терапия — сборное понятие, включающее множество разнообразных форм и методов. Поэтому не существует общепризнанной ее классификации. С. Delfino-Beighley выделяет четыре основных направления в применении данного вида терапии:

1) Использование для лечения уже существующих произведений искусства путем их анализа и интерпретации пациентом (пассивная арт-терапия).

2) Побуждение больных к самостоятельному творчеству; при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор (активная арт-терапия).

3) Одновременное использование первого и второго принципов.

4) Акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения творчеству.

Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ). Этот метод лечения, хотя и близок к арт-терапии, в то же время является отдельным авторским подходом. Его суть, говоря словами М.Е. Бурно, состоит в том, чтобы помочь дефензивному человеку (человеку с более или менее сложным хроническим переживанием своей неполноценности, несостоятельности) почувствовать, осмыслить себя как одухотворенную творческую индивидуальность, неповторимую личность, обрести свою, по возможности, общественно полезную целительную жизненную дорогу, свой смысл — исходя из особенностей своего душевного склада, своей клинической картины. Для этого психотерапевт помогает, по возможности, изучить известные природные характеры и хронические душевные расстройства в разнообразном творческом самовыражении.

Изучая, постигая эти общие, повторяемые особенности, опираясь на них, человек приходит к пониманию, переживанию своей неповторимости, уникальности. Да, я тревожно-сомневающийся человек (психастеник), например, но неповторимый. Переживание своей необычности, уникальности, своей неповторимой природы души есть творческое целительное вдохновение. Вдохновение несет в себе Смысл, Любовь (в самом широком понимании), поднимая дефензивную душу. Светлое переживание самособойности смягчает аморфную напряженность, теснит тягостную неопределенность.

Из конкретных методик терапии творчеством (которые переплетаются между собой) используются следующие:

- 1) терапия созданием творческих произведений;
- 2) терапии творческим общением с природой;

- 3) терапия творческим общением с литературой, искусством, наукой;
- 4) терапия творческим коллекционированием;
- 5) терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое;
- 6) терапия ведением дневников и записных книжек;
- 7) терапия перепиской с психотерапевтом;
- 8) терапия творческими путешествиями;
- 9) терапия творческим поиском одухотворенности в повседневном;
- 10) терапия исполнительским творчеством.

«Творческий» — означает здесь всюду *поиск*, познание своих природных особенностей, сказывающихся в общении с искусством, людьми, природой и т.д., — для обретения своей вдохновенно-творческой неповторимой жизненной дороги.

В рамках ТТСБ Т.В. Орлова (2011) разработала облегченный краткосрочный (двухнедельный) вариант для применения в паллиативной онкологии. Этот вариант предполагает проведение пяти сессий:

1-е занятие — объяснение ожидаемого эффекта от проведения творческих занятий; поиск созвучного в парах репродукций картин художников с различными мироощущениями (материалистическим и идеалистическим).

2-е занятие — выявление основного характерологического радикала пациента, его склонности к тому или другому мироощущению, выбор созвучного из репродукций картин художников с различными характерами, прояснение характерологического портрета семьи пациента с коррекцией (при необходимости) внутрисемейной ситуации.

3-е занятие — мастерская ТТСБ по творческому выбору созвучных предметов природы — камней, раковин, живых цветов в горшках и засушенных в гербариях растений с рассказом врачу о своих чувствах, воспоминаниях, возникших

по поводу возникшего душевного созвучия с выбранными предметами.

4-е занятие — мастерская ТТСБ по творческому выбору созвучных репродукций фотопейзажей, созданных фотографами с материалистическим и идеалистическим мироощущением, или созвучных репродукций картин художников с различными мироощущениями на тему природы.

5-е занятие — мастерская ТТСБ по творческому общению с произведениями живописи на религиозную тему художников, имеющих различные мироощущения, творческому выбору созвучного из пары репродукций художественных произведений, определение пациентом своего типа духовности. Обсуждение с пациентом возможностей продолжения использования приемов ТТСБ в домашних условиях с целью профилактики и лечения расстройств настроения.

Медицинская аппаратура в процессе психотерапевтических занятий не применяется. Для работы с пациентами используются репродукции картин известных художников, фотографии с видами природы, магнитофон, предметы природы (цветы в горшках и в гербарии, минералы, ракушки и т.д.), пластилин, карандаши, краски.

Музыкотерапия.

Музыкотерапия существует в двух основных формах: *активной* и *рецептивной*. Первая из них представляет собой терапевтически направленную, активную музыкальную деятельность: воспроизведение, фантазирование, импровизацию с помощью человеческого голоса и выбранных музыкальных инструментов.

Активный вариант музыкотерапии требует наличия простейших музыкальных инструментов. С их помощью пациентам предлагается выразить свои чувства или провести диалог с кем-либо из членов группы. Как вариант активной музыкотерапии может рассматриваться хоровое

тение. Исполнение музыкальных произведений психотерапевтом также дает лечебный эффект, способствуя созданию доверительной, теплой атмосферы.

Рецептивная музыкотерапия предполагает процесс восприятия музыки с терапевтическими целями. Во-первых, прослушивание музыки может быть совместным и направленным на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия. Во-вторых, в процессе слушания может быть достигнуто эмоциональное отреагирование, катарсис. В-третьих, восприятие музыкального произведения может способствовать снижению нервно-психического напряжения.

Непосредственная процедура рецептивной музыкотерапии состоит в том, что пациенты (чаще в группе) прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, мысли, ассоциации, фантазии, возникающие у них в ходе прослушивания.

Телефонная психотерапия.

Этот вид психотерапевтической помощи необходим прежде всего для людей, находящихся в кризисном состоянии (т.н. «телефоны доверия»). Основные принципы телефонного консультирования следующие:

1. *Постоянная доступность.* В течение всех суток, днем и ночью, люди, оказавшиеся в трудной ситуации, могут получить поддержку другого человека.

2. *Анонимность и конфиденциальность.* Звонящий имеет право не называть свое имя или представиться вымышленным. Содержание беседы абсолютно конфиденциально.

3. *Уважение звонящего.* Он принимается таким, какой он есть. Консультант не имеет права манипулировать абонентом или навязывать свою позицию; недопустимы любые формы идеологического давления, в том числе религиозного или политического.

4. *Защита звонящего.* Консультантом может быть лишь тот человек, который прошел отбор и специальную подготовку.

В онкологической практике консультации по телефону проводятся не только в экстренных случаях, но и тогда, когда пациент в силу своего физического состояния не может прийти на очный прием к психотерапевту.

Интернет-психотерапия.

Психотерапия через сеть «Интернет» применяется преимущественно в двух видах:

1. Психотерапия в режиме непосредственного общения с клиентами (Skype, FaceTime и др.).

2. Психотерапия по электронной почте. Она дает пациенту время на обдумывание, редактирование, а значит, для дополнительной когнитивной работы над проблемой, по сравнению с общением в реальном времени.

Наряду с несомненными возможностями, такими как высокий уровень анонимности, доступность, возможность консультирования больных с трудностями передвижения, проживающих в отдаленных регионах и т.д., интернет-психотерапия имеет и ряд недостатков. Основные из них следующие:

— опасность нарушения конфиденциальности, связанная, например, с вмешательством хакеров;

— возможные трудности в установлении и поддержании контакта;

— ограничения использования различных техник (например, телесно-ориентированных);

— отсутствие ясной и четкой юридической базы;

— возникающие технические проблемы со связью.

Телефонная и интернет-психотерапия относятся к так называемым дистантным формам психотерапевтической помощи. Еще одним из ее видов является психотерапия через переписку с пациентами, в частности так называемая

«Почта доверия» (Григорьев В.И., Шустов Д.И., Володин Б.Ю., 1994), которая активно использовалась в г. Рязани и области в 1992–1995 годах, то есть до появления интернета. Пациентам, которые нуждались в консультациях, но в то же время в силу тех или иных трудностей (тяжелые, в том числе и онкологические заболевания, приковывающие к постели, пожилой возраст, проживание в отдаленных районах и др.) не могли посетить психотерапевта очно, предлагалось описывать свои психологические трудности и запросы в письмах, на которые отвечали квалифицированные профессионалы. Преимущества данного метода состоят в том, что, во-первых, в ожидании ответа клиент имеет возможность еще раз посмотреть на свою проблему, оценить ее больше когнитивно, чем эмоционально, даже если она является для него критической; во-вторых, вербализация негативных чувств через письмо позволяет ослабить их напряженность в не меньшей степени, чем через проговаривание; в-третьих, изложение проблемы на бумаге (вспомним популярные во все времена дневниковые записи) нередко снижает ее актуальность.

Трансактный анализ (ТА).

В современной психотерапии наблюдается отчетливая тенденция к интеграции имеющихся знаний и опыта, которая способствует появлению ряда так называемых интегративных школ и направлений. Одним из таких подходов является трансактный анализ (ТА), который в последние десятилетия претерпевает бурное развитие и широко распространяется по всему миру. Трансактный анализ может быть использован как для понимания личности онкологических пациентов, так и для практической помощи им.

Основателем данного направления является американский психиатр и психотерапевт Eric Berne (1910–1970). ТА базируется на ряде философских (этических) принципов.

1. «Я — ОК, Ты — ОК» (или «Я — хороший, Ты — хороший»). Это означает, что каждый из нас, живущих на Земле, равен другому как человек, как личность. Мы не лучше и не хуже друг друга, и как личности все в одинаковой мере заслуживаем уважения. Мы равны, независимо от пола, возраста, национальности, социального статуса и т.д. Порицанию, осуждению могут подвергаться лишь наши поступки, а не мы сами.

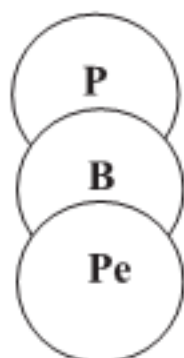
2. Каждый человек, не имеющий грубого поражения мозга (имеются в виду тяжелые органические и психические расстройства), **способен думать**, а значит, нести ответственность за свои поступки, а сталкиваясь с их последствиями, принимать их как нечто, сделанное самим собой. Какое бы давление на человека ни оказывалось, последнее слово всегда за ним. Например, пациенту, страдающему раком желудка и имеющему полную информацию о своем страдании, хирург предлагает операцию или даже настаивает на ней. «Да, я буду оперироваться... Нет, я не считаю это нужным... Я обращаюсь к другому онкологу...» — возможные самостоятельные решения больного. И несет ответственность за последствия каждого из них только он сам.

3. Каждый человек в раннем детстве **принимает решение** о том, как он проживет свою жизнь. И если это решение ему известно, то он может его изменить. Этот тезис имеет прямое отношение к так называемому **сценарию жизни**, о котором пойдет речь ниже.

В современном ТА имеется множество концепций, направлений и даже школ. Мы рассмотрим те из них, которые напрямую могут быть использованы прежде всего для паллиативной помощи онкологическим пациентам.

1. Структурный анализ. В транзактном анализе личность рассматривается не как неделимое целое, а как состоящая из трех автономных частей, которые можно наблюдать непосредственно по словам, которые употребляет человек, и его невер-

бальным сигналам: мимике, жестам, позе, тону голоса. Эти три части Эго получили названия Эго-состояний Родителя (Р), Взрослого (В) и Ребенка (Ре). Чтобы не путать их с реальными людьми, Эрик Берн предлагает писать Эго-состояния с заглавной буквы. Он же дает следующее определение Эго-состояния: «*Это определенный набор взаимосвязанных между собой мыслей, чувств и поступков*». Родитель — это набор мыслей, чувств и поступков, принятых нами от наших родителей или тех, кто их заменял. Ребенок — включает мысли, чувства и поступки, которые остались в нас с того времени, когда мы были маленькими детьми (в возрасте примерно до шести-семи лет). Взрослый — взаимосвязанные мысли, эмоции и поступки в ответ на ситуацию «здесь и сейчас». Схематично Эго-состояния принято обозначать следующим образом.



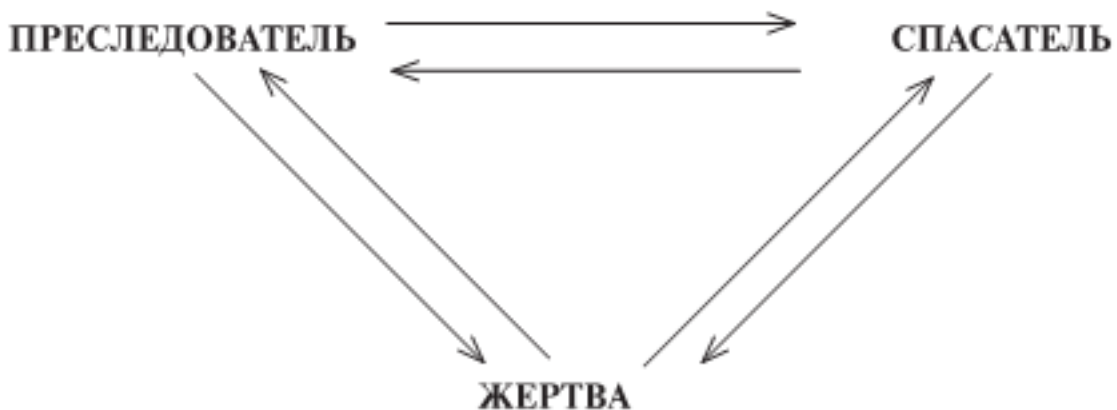
Онкологические пациенты в своем большинстве преимущественно находятся в Эго-состоянии Ребенка. Они нередко выглядят беспомощными, неспособными решать даже повседневные задачи. Это предполагает использование врачами-психотерапевтами, с одной стороны, своего Родителя с целью оказать им поддержку, а с другой — Взрослого, для того, чтобы помочь онкобольным реализовать взрослый потенциал при решении тех или иных проблем, в том числе и связанных с заболеванием.

2. Функциональный анализ. Если структурный анализ отвечает на вопрос, *какое* Эго-состояние в данный момент активизировано, то функциональный — *как* оно проявляется.

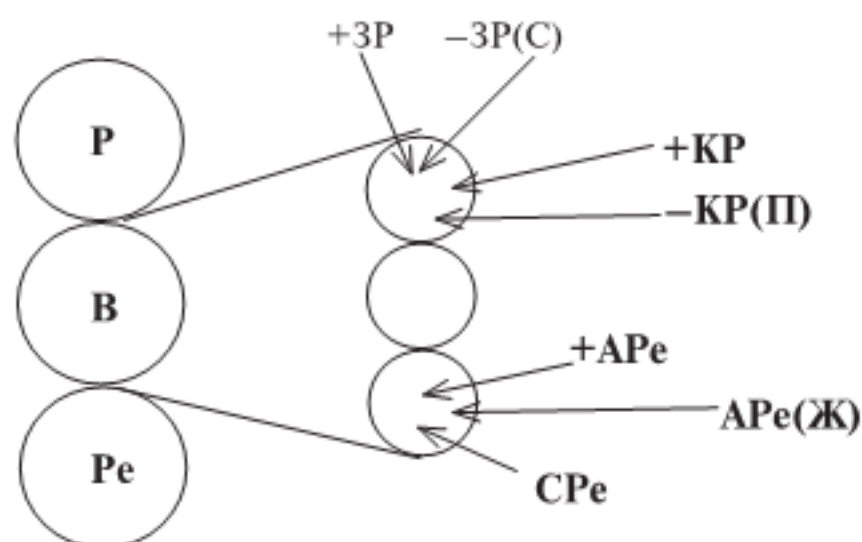
Функционально Родитель может быть Заботливым (З) и Контролирующим (К). Как тот, так и другой — позитивным и негативным (с точки зрения эффективности интрапсихического и межличностного общения). Находясь в позитивном ЗР, мы даем себе и другим поддержку и разрешение: «Ты можешь думать, чувствовать и делать так, как сам того хочешь», что предполагает свободу выбора. Негативный Заботливый Родитель, получивший в ТА название *Спасателя*, обесценивает, принижает как собственные способности, так и возможности других людей: «Я позабочусь о тебе в том, в чем ты сам способен о себе позаботиться». Позитивный КР дает защиту, ограничивая наши реакции в отношении с собой, другими и миром социально приемлемыми нормами: «Ты должен, и тебе необходимо..., нельзя... и т.д.». Негативный КР (*Преследователь*) создает угрозу, например: «Ты виновен, я тебя накажу».

Ребенок бывает Свободным (С) и Адаптивным (А) (также + и –). Пребывая в Свободном Ребенке, индивид естественным образом проявляет себя, свои мысли и чувства. Позитивный АРе обеспечивает адаптацию к внешнему миру, Он знает, что «можно», а что «нельзя» или опасно. Негативный Адаптивный Ребенок (*Жертва*) приспособливается дезадаптивными способами: «Я ничего не могу, меня никто не любит и т.д.».

Проведенный функциональный анализ позволяет увидеть так называемый Драматический Треугольник Карпмана (см. рисунок ниже)



Трудности адаптации возникают не только тогда, когда индивид попадает в одну из «ролей» Драматического Треугольника, но и в том случае, если из нее он «переключается» в другие (что больше напоминает не треугольник, а замкнутый круг). На рисунке это показано стрелками. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь пациенту переместиться из ролей Драматического Треугольника в так называемый Терапевтический Треугольник (Позитивный КР — Позитивный ЗР — Свободный Ре). Для этого он использует своего структурного Взрослого, который функционально может проявляться в виде всех описанных выше Эго-состояний (Сох М., 1999), что отражено на рисунке.



Данная модель показывает, что, находясь в структурном Взрослом, мы можем осознанно выбирать любое из наших функциональных Эго-состояний. Очевидно, что в работе с онкологическими больными психотерапевту необходимо в первую очередь использовать позитивные Эго-состояния, такие как +КР (защита), +ЗР (поддержка и разрешение), СРе и функционального Взрослого.

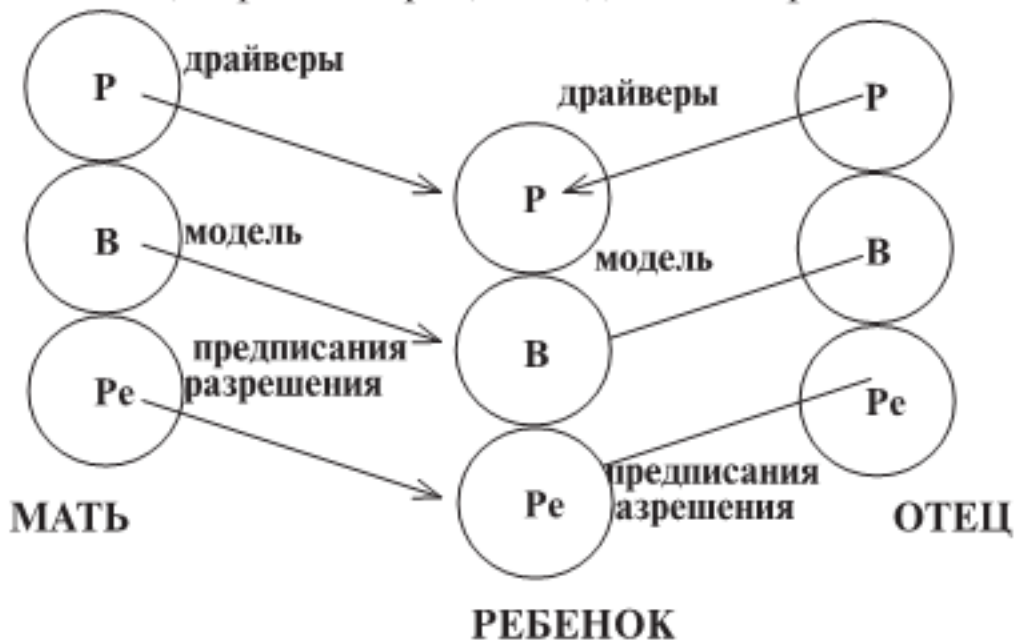
3. Теория сценария жизни. Под «сценарием» в транзактном анализе понимают жизненный план, который ребенок начинает формировать в раннем детстве (в возрасте при-

мерно трех-четырёх лет). Другими словами, он, под воздействием ряда факторов, планирует свою жизнь, то, как он ее проживет.

Факторы, которые участвуют в формировании сценария следующие:

- а) так называемые *драйверы* (от англ. to drive — вести, направлять);
- б) родительские *предписания* или *приказания*;
- в) родительские *разрешения*;
- г) *модель* или *программа*;
- д) собственное раннее детское *решение*.

Схематически их принято изображать в виде так называемой сценарной матрицы Клода Штайнера.



Рассмотрим указанные факторы более подробно. В ТА принято описывать пять *драйверов* (Cahler T., Capers H., 1974), которые передаются родителями ребенку пяти-семи лет, как правило, вербально, то есть в словесной форме. Именно поэтому их довольно просто осознать. (1) «Будь сильным», то есть решай все свои проблемы самостоятельно, не обращаясь за помощью. (2) «Будь совершенным» —

не допускай ошибок. (3) «Старайся изо всех сил», то есть показывай, что ты что-то делаешь, вместо того чтобы реально делать это. (4) «Радуй других людей», то есть делай для других то, что, как ты полагаешь, они от тебя ожидают. (5) «Торопись, спеши» — берись сразу за несколько дел.

R. Goulding и M. Goulding (1976) описали 12 *предписаний* (приказаний), которые ребенок получает от родителей в возрасте трех-четырёх лет и чаще всего невербально, что, соответственно, затрудняет их осознание:

1. Не живи.
2. Не будь собой (своим полом).
3. Не будь ребенком.
4. Не вырастай.
5. Не делай.
6. Не делай определенных вещей.
7. Не будь важным, значимым.
8. Не принадлежи.
9. Не будь близким.
10. Не будь здоровым.
11. Не думай.
12. Не чувствуй.

Предписание «Не живи» ребенок получает, если рождается нежеланным. Послание «Не будь своим полом» передается в том случае, если родители ожидали рождения девочки/мальчика, а родился мальчик/девочка. В том случае, если подавляется естественность и спонтанность ребенка, или при рождении младшего, его нагружают дополнительными обязанностями по уходу за ним, он получает предписание «Не будь ребенком». Гиперопека ведет к передаче приказа «Не вырастай». Послания «Не делай» или «Не делай определенных вещей» ребенок получает тогда, когда родители опасаются, что его активность может быть опасной, или ревнуют к его успехам в определенных областях деятельности. Родители, принижающие собственные нуж-

ды и потребности ребенка, дают ему предписание «Не будь важным, значимым». Послание «Не принадлежи» является следствием подчеркивания исключительности ребенка, его непохожести на других детей. В семьях, в которых не поощряются физические контакты, не принято говорить о своих чувствах, «рождается» приказание «Не будь близким». Дети, лишенные внимания, пока они здоровы, и окруженные им, будучи больными, получают послание «Не будь здоровым». Родители, привыкшие все решать за ребенка и принижающие его собственную способность думать и принимать решения, передают ему предписание «Не думай». Приказание «Не чувствуй» (или «Не чувствуй определенных чувств») имеют те дети, родители которых показывали им, что ряд эмоций могут быть опасными.

Моделью или *программой* является собственное поведение родителей, которым они показывают, как быть сильным, не думать, не быть близким и т.д.

На каждый драйвер или предписание имеется и *разрешение*, которое могут давать родители или *психотерапевты*. Разрешения звучат как «Ты можешь...», то есть дают возможность собственного выбора. Например, «Ты можешь совершать ошибки», или «Ты можешь быть важным и значимым».

Раннее детское *решение* о том, как он проживет свою жизнь, ребенок принимает под влиянием родительских посланий и столкновения с миром, который кажется ему враждебным. То есть ранние решения принимаются на эмоциональном уровне и являются защитными. Со временем они забываются, но человек продолжает следовать им. Став взрослым и вспомнив их (например, в процессе психотерапии), он может принять иные, новые решения взамен старых.

Боб и Мэри Гулдинги не только описали 12 предписаний, но и создали целое направление, школу в рамках

транзактного анализа, которую они назвали школой «психотерапии нового решения». После прояснения того, какое решение было принято пациентом в детстве (на что нередко уходит достаточно много времени), ему предлагается принять новое решение, используя так называемую технику «двух стульев». На одном стуле сидит клиент, играя роль себя маленького. На другой стул он помещает в своем воображении кого-то из родителей. Представляя сцену, когда раннее детское решение было принято, пациент перемещается с одного стула на другой и проводит диалог фактически между Ребенком и Родителем, в процессе которого получает разрешения и принимает новые решения.

Helen Harbison (1978) в своей работе «ТА и рак» (попутно заметим, что автор сама страдала метастатическим раком молочной железы) на основе личного опыта заболевания раком молочной железы и опыта других пациенток, с которыми она встречалась, утверждает, что базовым предписанием онкобольных является не предписание «Не живи», а — «Не получай удовлетворения своих потребностей» (Don't get your needs met). В связи с этим заболевание раком, с ее точки зрения, не является финальной сценарной целью. Целью является не смерть, а сам процесс умирания. Пациент верит в то, что, будучи умирающим человеком, он наконец-то сможет удовлетворить свои нужды и потребности. При этом автор утверждает, что пациенты, с которыми она встречалась, имели довольно высокий уровень базового самоуважения. Опыт же других исследователей свидетельствует о том, что отсутствие удовлетворения собственных потребностей скорее ведет к заниженной самооценке, и, чтобы почувствовать себя значимыми, пациенты заботятся об удовлетворении потребностей других людей (детей, внуков, иных родственников), что является своеобразной компенсацией «раны» в области самоуважения.

Сам Эрик Берн считал, что заболевание раком лежит вне сценария, однако вышеизложенное позволяет предположить, что все же определенные сценарные элементы при этом присутствуют. Помимо предписания «Не получай удовлетворения своих потребностей» и возможного решения «Я удовлетворю их, будучи умирающим», у онкологических больных могут иметься следующие послания (Володин Б.Ю. и соавт., 2001; Володин Б.Ю., Володина Л.Н., 2002): «Не будь важным, значимым», «Не будь близким», «Не будь здоровым», «Не чувствуй определенных чувств, в частности горя». Об этом последнем говорит общеизвестный факт, что многие злокачественные новообразования развиваются или начинают прогрессировать в течение года после потери близкого человека. Предписание «Не чувствуй» приводит к тому, что сильные эмоции остаются неотреагированными и могут вызывать повреждение иммунной системы.

Ведущими драйверами онкобольных могут быть «Будь сильным», «Радуй других людей» и «Будь совершенным».

4. Контрактный метод. В основе практики ТА лежит психотерапевтический контракт, в котором оговариваются условия лечения. По определению Берна, контракт представляет собой точное двухстороннее соглашение с ясно определенным направлением действий. Согласно Джеймс и Джонгвард, это взрослое соглашение на изменение.

Психотерапевтический контракт включает в себя цели, поставленные пациентом перед собой, и пути, по которым эти цели будут достигаться; в него вносятся предложения психотерапевта по лечению и список требований к пациенту, которые он обязуется выполнять. Пациент решает, какие убеждения, эмоции и стереотипы поведения он хочет изменить в себе, чтобы достигнуть намеченных целей.

В контракте оговаривается, кто участвует в психотерапии (например, психотерапевт и клиент в случае индивиду-

альной терапии, или сколько участников и кто конкретно будет в психотерапевтической группе), что они будут делать вместе, как долго, какова цель этого процесса, как они узнают, что цель достигнута.

C. Steiner (1971) пишет о четырех требованиях, которым должен соответствовать контракт: (1) обоюдное согласие, (2) адекватное вознаграждение, (3) способность достичь цели со стороны клиента и способность психотерапевта помочь ему в этом, (4) законность.

Стандартная форма психотерапевтического контракта выглядит следующим образом: «Я буду..., для того чтобы...». Как первая, так и вторая его части формулируются по возможности позитивно. То есть пациент заявляет не то, от чего он хочет избавиться, а то, чего он хочет достичь. Ниже мы приводим примеры возможных контрактов с онкологическими больными.

«Я буду позволять себе испытывать все чувства, связанные с моей болезнью, для того чтобы принять изменения в моем здоровье».

«Я буду принимать себя как женщина (несмотря на удаление молочной железы), для того чтобы чувствовать себя равноправным сексуальным партнером моего мужа».

«Я буду выполнять все назначения и рекомендации моего врача, для того чтобы справляться с болезнью».

В паллиативной онкологии чаще все же будет использоваться так называемый контракт на заботу, который в 1982 году предложил Максайн Лумис. Используя «игру слов» в английском языке «care rather than cure» (забота, а не лечение), он подчеркивал направленность данного контракта на поддержку у пациентов энергии переносить тяжелую болезнь, на поддержание текущего уровня их функционирования, а не на поощрение их к каким-либо изменениям. Фактически этого контракта придерживается санитарка, которая выносит судно за больным и перестилает его по-

стель. В литературе можно встретить и метафору: мама, ухаживающая за своим больным ребенком.

Лумис предостерегал психологов и психотерапевтов от того, чтобы приглашать к изменениям тех пациентов, которые на них неспособны. По его мнению, бесполезность, нереалистичность психотерапевтических усилий может являться одним из факторов, способствующих эмоциональному выгоранию.

Подытоживая, еще раз подчеркнем, что использование трансактоного анализа, впрочем, как и других психотерапевтических методов в паллиативной онкологии, должно носить скорее не конфронтрующий (т.е. проявляющий что-то), а поддерживающий характер.

Гипнотерапия.

Особое место в ряду психотерапевтических подходов в онкологической клинике занимает гипноз. Это связано с несколькими причинами.

1. Гипнотерапия является одним из наиболее часто используемых методов для облегчения или редукции соматических симптомов у онкологических пациентов, таких как боль, тошнота и рвота.

2. Этот метод также широко используется и для улучшения качества жизни больных со злокачественными новообразованиями, редуцируя многочисленные невротические симптомы.

3. Имеются данные о патогенетическом действии гипнотического состояния при психосоматических заболеваниях. По мнению G.Elkins et al. (2004), гипноз является именно той интервенцией, которая связывает психику с телом, хотя его возможности еще недостаточно изучены.

4. Существуют многочисленные свидетельства иммуномодулирующего влияния гипноза, в том числе и при онкологической патологии.

Имеется множество классификаций глубины гипнотического состояния, но наиболее часто выделяют три его стадии (по Форелю):

Первая стадия (сонливость) характеризуется мышечной расслабленностью, дремотой и успокоенностью. Пациент в любой момент может открыть глаза, встать.

На *второй стадии* (гипотаксия) наблюдается внушенная или самопроизвольная каталепсия, или «восковая гибкость». Если, например, психотерапевт поднимает руку больного, то она остается в этом положении. При попытке принудительно опустить руку, она опускается не плавно, а прерывистыми движениями (т.н. симптом «зубчатого колеса»). На стадии гипотаксии пациент уже не может совершать самопроизвольных движений.

Для *третьей стадии* (сомнамбулизм) характерна амнезия гипнотического состояния, внушенные положительные и отрицательные галлюцинации, возможность регрессии возраста и постгипнотические внушения.

Гипнабельность различных людей различна: некоторые из них вообще неспособны достичь даже сонливости, другие же при первых словах психотерапевта погружаются в сомнамбулизм. Существует множество методов, позволяющих индуцировать транс: классические техники словесной или визуальной (например, фиксация взглядом предмета) индукции, недирективные методики (М. Erikson) и др.

Гипнотерапия может быть использована сама по себе, без дополнительных внушений, или же с применением последних, в зависимости от потребностей конкретного пациента.

Приведем пример использования гипноза для купирования как соматических, так и психосоматических боли, тошноты и рвоты у онкологических больных. Пациенту, погруженному в транс, даются внушения на облегчение боли (тошноты/позыва к рвоте): «Ваша боль (тошнота/

позыв к рвоте) постепенно стихает, становится все меньше и меньше, уходит все дальше и дальше...» Если же больной способен достичь глубины сомнамбулизма, то могут быть даны постгипнотические внушения: «Когда Вы проснетесь, боль (тошнота/позыв к рвоте) полностью пройдет», или «С каждым последующим днем, с каждым последующим сеансом боль (тошнота/позыв к рвоте) будет становиться все меньше и меньше, пока не исчезнет совсем».

Для иллюстрации эффективного использования эриксоновского гипноза с целью купирования боли приведем отрывок из его сеанса с пациентом «Джо», терминальным онкологическим больным. Отрывок взят из первого номера «Московского психотерапевтического журнала» за 1992 год.

Автор начал: «Джо, я хотел бы побеседовать с вами. Я знаю, что вы цветовод и занимаетесь выращиванием цветов. Знаете, сам я вырос на ферме в Висконсине, и я тоже любил выращивать цветы. И до сих пор люблю. Ну вот, я бы хотел, чтобы вы сели в это уютное кресло, а я буду говорить. Я расскажу вам о самых разных вещах, но не о цветах пойдет речь, потому что вы знаете о цветах намного больше, чем я. Не о цветах. *Это не то, чего вы хотите.* (Читатель заметит, что курсив используется для выделения вкрапленных гипнотических внушений. Это могут быть отдельные слоги, слова, фразы или предложения, произносимые с особой интонацией.) А теперь я *спокойно* могу начать свой рассказ, и мне хотелось бы, чтобы вы *спокойно слушали меня*, пока я буду рассказывать о саженцах помидора. Вы, может быть, *удивитесь. С чего бы нам говорить о помидоре?* Семечко помидора сажают в землю и *с надеждой ожидают*, что из него вырастет растение и даст плод, который принесет *удовлетворение*. Семечко впитывает влагу, и это *не очень трудно*, потому что этому помогают дожди, которые несут *мир и покой* и радость роста всем цветам и помидорам. Это маленькое семечко, Джо, медленно набухает, выпускает

маленький корешок с цилиями. Вы, может быть, не знаете, что такое цилии; цилии — это такие *штуки, которые работают*, чтобы помочь семечку помидора вырасти, пробиться из-под земли наверх, а *вы можете просто слушать меня, Джо*, пока я буду продолжать свой рассказ. Вы можете *слушать и слушать и удивляться, просто удивляться тому, что вы действительно можете узнать*. Вот вам карандаш и блокнот, а что касается помидора, то он растет очень медленно. *Вы не видите, как он растет. Вы не слышите, как он растет, а он растет себе*: пробиваются первые крохотные листочки, стебель покрывается нежными волосками, потом такие же волоски появляются и на листьях. Они очень напоминают цилии на корнях и, должно быть, позволяют растению *чувствовать себя очень хорошо, очень уютно*, если вы можете представить, что растение может чувствовать. *Вы не видите, как оно растет; вы не чувствуете, как оно растет, но вот еще один листок появляется на этом крохотном стебельке, а потом еще один. Как знать, пусть это звучит по-детски наивно, но, может быть, куст помидора действительно ощущает покой и мир, пока растет. Каждый день он растет, и растет, и растет. Какой покой ощущаешь, Джо, когда наблюдаешь, как растет растение, но не видишь его роста и не чувствуешь его, а только знаешь, что все идет к лучшему для этого маленького помидора, на котором появляется еще один листок, и еще один, и новая веточка, и он спокойно себе разрастается во всех направлениях.* (Многое из вышесказанного было к этому моменту многократно повторено, иногда — отдельные слова, иногда — развернутые предложения. Немаловажным соображением было находить разные словесные формулировки для одних и тех же идей, а также многократно повторять гипнотические внушения. Через некоторое время после начала сеанса в комнату на цыпочках вошла жена Джо с листом бумаги, на котором было написано: «Когда вы намерены начать гипноз?»

Автор не мог рассмотреть надпись на листе, и ей пришлось положить листок прямо перед ним и, соответственно, перед Джо. Не прерываясь, автор продолжал описывать помидор, а супруга Джо, взглянув на мужа, заметила, что он ее совершенно не видит и даже не подозревает о ее присутствии, находясь в сомнамбулическом трансе. После этого она сразу же удалилась.) А скоро на растении завяжется первая почка. Неважно, на которой из веточек это произойдет, ведь скоро все веточки, весь куст помидора покроются такими нежными крохотными почками. Интересно, может ли помидор, Джо, *испытывать ощущение покоя*. Знаете, Джо, растение — чудесная штука, и *так приятно, так забавно* думать о нем как о человеке. Могло бы такое растение *испытывать приятные ощущения, чувство покоя* по мере того, как начинают формироваться крохотные помидорчики, такие крохотные, и все же *убеждающие тебя в том, что сумеют пробудить твой аппетит*, что вскоре тебе так захочется *съесть* спелый, подрумяненный солнцем помидор, так приятно *наполнить желудок едой*? Как это прекрасно — *ощущать себя ребенком, который хочет пить и утоляет жажду, хочет пить, Джо, и утолять свою жажду*; вот что чувствует помидор, когда идет дождь и освежает все вокруг и *становится так хорошо* (пауза). *Знаете, Джо*, куст помидора растет буквально каждый день, набирается сил день ото дня. Знаете, Джо, мне почему-то кажется, что *помидор может испытывать в полной мере покой и уют каждый день. Знаете, Джо, буквально каждый день, день ото дня*. И то же происходит со всеми на свете помидорами. Ах да, Джо, сам я вырос на ферме и думаю, что семечко помидора — замечательная вещь. *Подумайте, Джо, только подумайте*, ведь в этом маленьком семечке на самом деле *покоится так естественно, так уютно* красивое растение, которое еще надо вырастить, которое родит такие забавные листья и ветки. Листья, ветки так красивы, такого красивого зеленого цвета; *ты можешь дей-*

ствительно почувствовать себя счастливым, глядя на семечко помидора и размышляя о том замечательном растении, которое в нем заключено, которое в нем мирно покоится, спокойно и уютно, Джо».

Вечером Джо от души жал руку автора перед его отъездом. У него не было жалоб. Судя по всему, мучительная боль его оставила, и он выглядел довольным и счастливым. Позитивный эффект от постгипнотического внушения сохранялся еще какое-то время.

Смысло-ориентированная психотерапия (meaning-centered psychotherapy) (СОПТ).

Смысло-ориентированную психотерапию пациентов на поздних стадиях рака около 15 лет назад начал разрабатывать Уильям Брейбарт (W. Breitbart). В ее основе лежат идеи логотерапии Виктора Франкла, а ее цель — помочь пациентам справиться с чувствами отчаяния, безнадежности и обрести и поддержать ощущение смысла жизни, даже перед лицом смерти.

Данный вид психотерапии очень распространен в современной паллиативной помощи онкобольным. СОПТ имеет четкую и ясную структуру; она является уже готовым пошаговым «руководством к действию».

В 2014 году Брейбартом в соавторстве с Шенноном Поппито (S. Popcito) были опубликованы два практических руководства по использованию смысло-ориентированной психотерапии в индивидуальном и групповом форматах.

По сути, СОПТ представляет собой во многом психо-образовательное вмешательство, сочетая в себе дидактические и эмпирические (упражнения и домашние задания) компоненты.

Программа, как уже отмечалось, жестко (занятия расписаны практически по минутам) структурирована и состоит из определенного количества сессий (7 сессий по одному часу — в индивидуальном формате и 8 сессий по полтора часа — в групповом), каждая из которых посвящена одной

теме: «понятие и истоки смысла», «рак и смысл», «жизнь, как наследие», «смысл и креативность» и др.

На каждом занятии обязательно подводится обзор предыдущего, проводятся теоретические дискуссии, выполняются практические упражнения, даются домашние задания, по определенной схеме подводятся итоги.

В настоящее время, несмотря на высокую эффективность, возможности метода, предложенного Брейтбартом, продолжают активно изучаться, в частности в работе с онкобольными не только на поздних, но и на более ранних стадиях рака.

5.6. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Напомним, что все многообразие психического реагирования онкобольных на их заболевание включает в себя: (1) реакцию утраты, (2) психологические защиты, (3) копингстили, (4) ВКБ, (5) невротические расстройства, (6) психотические состояния и (7) паранеопластические психопатологические синдромы.

Психиатрическое вмешательство необходимо в двух последних случаях, которые встречаются преимущественно на далеко зашедших стадиях развития рака, а при невротических расстройствах показано при выраженных тревоге, страхе и депрессии.

Арсенал современных антидепрессантов настолько широк и постоянно обновляется, что в его многообразии нелегко бывает разобраться и врачу-психиатру. В нижеприведенной таблице мы попытались систематизировать основные группы (и их представителей) антидепрессантов с указанием средних суточных терапевтических доз. Обратим внимание, что по неясным причинам онкологические больные гораздо чувствительнее к антидепрессантам, чем соматически здоровые лица с депрессивной симптомати-

кой. В связи с этим начальные дозы препаратов должны быть минимальны и их увеличение необходимо проводить очень медленно и осторожно, до достижения терапевтического эффекта. Желательно не превышать указанные средние дозы.

Группы препаратов	Основные представители (МНН)	Средние суточные дозы (per os)
Ингибиторы моноаминооксидазы (ИМАО)	Пирлиндол	75-100 мг
	Бефол	75-100 мг
Трициклические антидепрессанты (ТЦА)	Амитриптилин	50-75 мг
	Имипрамин	50-75 мг
	Кломипрамин	25-50 мг
Сбалансированные антидепрессанты	Миансерин	30-40 мг
	Мапротилин	50-75 мг
	Пипофезин	50-75 мг
Ингибиторы обратного захвата серотонина	Сертралин	50-100 мг
	Пароксетин	20 мг
	Флувоксамин	50 мг
Мелатонинэргические антидепрессанты	Агомелатин	25 мг

Многие антидепрессанты (амитриптилин, флувоксамин и др.) наряду с антидепрессивным обладают еще и анальгетическим действием и поэтому могут использоваться в комплексном лечении болевого синдрома.

Для лечения выраженной тревоги и страха используют препараты из группы транквилизаторов (анксиолитиков). Выбор средства и режим дозирования будет зависеть от особенностей психического состояния пациента и характера действия транквилизатора. Так, например, если больной испы-

тывает тревогу только перед медицинскими процедурами, то необходимо назначение препарата лишь в день проведения процедуры. В случае длительного и выраженного тревожного расстройства анксиолитики принимаются регулярно. У лиц пожилого возраста и соматически ослабленных пациентов их назначение должно носить характер прерывистых курсов из-за их способности вызывать мышечную слабость. При усилении тревожности к вечеру, приводящей к нарушению сна, используют транквилизаторы с преимущественно снотворным действием. Большинство современных анксиолитиков помимо мышечной слабости вызывают нарушения концентрации внимания и поэтому, если возникает необходимость одновременного приема препарата и деятельности, связанной с повышенным вниманием, предпочтение отдается так называемым «дневным транквилизаторам», не обладающим подобным действием.

Значительно реже невротических психических расстройств встречаются *психотические состояния*. В литературе описаны параноидные, галлюцинаторно-бредовые психозы, делирии, психотическая канцерофобия. Больше данных о так называемых *паранеопластических психопатологических синдромах*, которые чаще всего проявляются в виде невротических и психотических синдромов, расстройств сознания, деменции и судорожных припадков. Их возникновение связывают с выделяемыми злокачественными опухолями веществами (АКТГ, серотонин, продукты онкогенов и др.), с обменными или аллергическими нарушениями, которые оказывают влияние на психическую деятельность человека. К разряду подобных синдромов можно отнести и психические расстройства, являющиеся следствием непосредственного, механического, воздействия опухоли на мозг. Это прежде всего опухоли головного мозга и мозговые метастазы злокачественных новообразований иных локализаций.

Для купирования психотических расстройств в связи с соматической отягощенностью пациентов желательно назначение нейролептических средств «мягкого» действия, таких, например, как тиоридазин и хлорпротиксен. В ряде случаев возможно назначение и более мощных препаратов — трифлуоперазина, галоперидола, зуклопентиксола. Возможности использования у онкологических больных новых, современных, так называемых атипичных нейролептиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин, тиаприд, обладающий еще и антиболевой активностью, и др.), несмотря на их одновременные «мягкость» и силу действия, изучены явно недостаточно.

5.7. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Рассматривая процесс оказания реабилитационной помощи онкобольным, J. Dietz еще в 1981 году описала четыре основных типа реабилитационных мероприятий в онкологической практике.

Направленность превентивного типа реабилитации — профилактика инвалидности.

Укрепляющий тип реабилитации включает в себя комплекс мер, направленных на возвращение больного к прежнему образу жизни в области физического, психологического и социального функционирования.

Цель поддерживающего типа — приспособление пациента к инвалидности и к самой продолжающейся болезни.

Паллиативный тип реабилитации — это реабилитационные мероприятия, направленные на обеспечение возможного комфортного существования больного в период прогрессирования опухолевого процесса, что может быть связано в том числе и с неблагоприятным прогнозом для жизни.

Реабилитационные мероприятия, связанные с онкологической патологией, требуются в различных сферах жизни онкобольных.

1. Область межличностных взаимоотношений, в первую очередь в семьях пациентов.
2. Сфера сексуальных взаимоотношений.
3. Профессиональная область.
4. Сфера досуга, хобби.

Очевидно, что при паллиативной реабилитации первоочередное внимание будет уделяться области межличностных взаимоотношений, хотя и в остальных областях возможно достижение хотя бы какого-то, пусть и минимального, прогресса.

Трудности, связанные с реабилитацией, усугубляются еще и так называемым феноменом *аутизации* (Е.Ф. Бажин и соавт., 1987). По мнению авторов, при полном отсутствии какой-либо психокоррекционной работы явления аутизации наблюдаются у 64% всех выписанных из стационара онкологических больных. Данный феномен выражается прежде всего в том, что отношение больных к любимым прежде и привычным видам труда и развлечений становится резко негативным. Нередко полностью утрачивается интерес к внутрисемейным делам и обязанностям. Симптоматично, что эти личностные изменения особенно выражены у тех пациентов, которые до болезни были активны, стеничны, занимали лидирующее положение в семье и на работе.

Аутизация закономерно ведет к одиночеству, изоляции. Во многих случаях больные изолируют себя сами из страха быть отвергнутыми по причине своей «неполноценности». Одной из самых частых жалоб у них является жалоба на то, что окружающие и даже самые близкие люди «не могут их понять». В чем же конкретно состоит это «понимание», пациенты обычно не расшифровывают. Чувство одиночества, а нередко и брошенности толкает многих больных к формированию своеобразных групп «товарищей по несчастью». При наличии определенных преморбидных

личностных особенностей возрастает риск суицидального поведения.

Семья. Психологический дистресс испытывают как сами онкологические больные, так и близкие им люди. Ряд авторов предлагает даже рассматривать «заболевшим» не одного члена семьи, а всю семью в целом (т.н. системный подход в семейной психологии). С особо острыми проблемами сталкиваются те семьи, в которых есть ребенок, страдающий злокачественным новообразованием. Итак, основные трудности в семьях, где есть онкобольной, следующие:

1. Изоляция семьи вследствие неадекватного отношения окружающих.
2. Нарушения внутрисемейных (супружеских, детско-родительских и др.) отношений. Например, отвержение заболевшего, чувство брошенности у его детей.
3. Обострение уже существующих семейных проблем.
4. «Горевание» по поводу утраты здоровья больным членом семьи.
5. Эмоциональное напряжение, связанное с необходимостью скрывать диагноз или, напротив, сообщить его.
6. Сильный страх и тревога за судьбу больного.
7. Дистресс из-за материальных трудностей.

В рамках семейной реабилитации весьма перспективным в психоонкологии может считаться уже упомянутый, так называемый системный семейный подход, берущий свое начало в теории систем. В рамках этого подхода проблемы одной личности рассматриваются и прорабатываются в процессе психотерапии как проблемы системы (семьи) в целом, в которой больной является наиболее слабым «звеном».

В этом направлении, в процессе работы с семьей, в которой имеется онкобольной, врачу-психотерапевту необходимо помочь ее членам решить следующие ключевые задачи:

1. Выстроить систему взаимной поддержки так, чтобы каждый член семьи мог поддерживать другого в зависимости от своих возможностей.

2. Осознать новые задачи, которые поставила перед семьей болезнь (финансовые, психологические, духовные и др.).

3. Поддержать обычный и привычный бытовой порядок в доме; в случае необходимости — перераспределить семейные роли.

4. Преодолеть обострение проблем, существовавших ранее.

5. Принять чувства, связанные с проблемой горевания.

6. Если болен взрослый, то в доступной и наименее травматичной форме объяснить изменившуюся ситуацию детям.

7. Иметь каждому члену семьи индивидуальную психотерапию (или сексологическую помощь партнеру), если возникает такая потребность.

В дополнение к изложенному психотерапевту необходимо акцентировать внимание членов семьи на авторитетности учреждения, в котором проходит лечение больной, квалификации медицинского персонала. Подобная тактика поможет семье «успокоиться», избежать излишне высокого уровня тревожности. Важным также является разъяснение родным особенностей психики онкологического пациента, того факта, что, несмотря на тяжелое заболевание и эти особенности, он остается активным и полноправным членом семьи, имеющим как права, так и определенные обязанности и ответственность. Это позволит избежать двух крайностей в отношении к заболевшему: гиперопеки и отвержения.

Сексуальные отношения. Как уже отмечалось, в этой и других, описанных ниже областях в рамках паллиативной реабилитации может быть если и достигнут, то лишь ми-

нимальный прогресс. Для онкобольных женщин порой, несмотря на тяжесть соматического состояния, особенно важным является вопрос о возможной утрате прежней привлекательности, женственности. Прежде всего это имеет отношение к тем, кто перенес гинекологические операции (удаление матки, яичников, влагалища) и мастэктомию. Многими исследователями отмечается, что утрата этих органов травмирует женщину еще и по причине символической значимости матки и молочной железы. Потерю молочной железы по психотравмирующему значению приравнивают к удалению полового члена у мужчины. Отмечено также, что после мастэктомии у пациенток могут появляться даже идеи о собственной неполноценности. Любопытное исследование в 1964 году было проведено L. Weinstein et al. Тысяче здоровых женщин было предложено ранжировать по значимости 12 частей своего тела, которые испытуемые меньше всего хотели бы потерять в результате операции. Молочная железа оказалась лишь на седьмом месте. Пациентки же, которым была проведена мастэктомия, ставили этот орган по важности на первое место. Нередко позднее обращение женщин с раком молочной железы к врачу обусловлено их стремлением во что бы то ни стало сохранить грудь как символ женственности и материнства. Не секрет, что многие больные скрывают от партнеров характер оперативного вмешательства при раке матки.

Интересные данные были получены при обследовании, хотя и больных миомой матки, но также перенесших удаление этого органа. Использовался так называемый «тест зеркало», предложенный в качестве экспресс-метода для выявления нарушенной самоидентификации (Володин Б.Ю. и соавт., 2001). Пациентке дают зеркало и просят ответить на один вопрос: «Посмотрите внимательно в зеркало и скажите мне, кто это?» Самым «здоровым» считается ответ: «Я».

И если до оперативного вмешательства ответ женщина был получен от 8% тестируемых пациенток с миомой матки, то после операции — от 40 % ($P < 0,001$), что, несомненно, указывает на желание оставаться женщиной, несмотря на удаление такого важного символа женственности и материнства, как матка.

При опухолях иных локализаций женщину может пугать калечащий характер операции, приводящей к снижению привлекательности, облысение и выпадение волос на других участках тела в результате химиотерапии.

Все отмеченные особенности психологического реагирования могут, несомненно, оказывать негативное влияние прежде всего на сексуальное поведение женщины. У нее может снизиться половое влечение, появиться желание избегать секса или даже отвращение к нему.

Ведущими в данном случае у паллиативных больных должны быть интервенции, направленные скорее не на сексуальную сторону взаимоотношений, а на повышение самоуважения, самооценки данной категории пациенток. Наряду с подчеркиванием того факта, что, несмотря на утрату тех или иных органов, они по-прежнему остаются женщинами, женами, матерями, нередко требуется и проведение определенных тренинговых занятий. Как вариант, пациентке предлагается дважды в день (утром и перед сном) давать себе самой положительные знаки признания. Она, например, может повторять про себя (или даже вслух) такие слова, как: «я по-прежнему уважаю себя, так же как и других людей», «ситуация изменилась, но я по-прежнему остаюсь женщиной» и др.

Полезными могут оказаться и групповые тренинговые занятия, в процессе которых женщины поощряются психотерапевтом к принятию себя и других участниц. Они обучаются говорить «нет», просить об одолжении или открыто обращаться с просьбами, выразить позитивные и нега-

тивные чувства. При необходимости квалифицированным сексологом все же может быть проведена и сексологическая терапия с обоими партнерами совместно.

Трудовая деятельность. Высокая заболеваемость злокачественными опухолями отмечается у лиц различных возрастных периодов, в том числе и у тех, кто находится в возрасте активной трудовой деятельности. Потеря работы в связи с выходом на инвалидность и утяжелением соматического состояния для ряда онкологических больных по своей психологической значимости приближается к наличию самого заболевания.

По мнению многих авторов, участие в общественно-полезном труде является одним из критериев качества жизни пациентов онкологического профиля, в связи с чем с ними необходимо проводить психотерапевтическую работу для формирования определенной трудовой направленности. И как уже было отмечено ранее, важно помочь им перераспределить энергию в сторону выполнения посильного труда: работа по хозяйству, уход за внуками и т.д.

Досуг. Достаточно часто онкологические пациенты игнорируют свои собственные нужды и потребности из-за завышенных морально-этических требований к самим себе. Говоря другими словами, интересы других людей они ставят выше собственных.

Как уже отмечалось ранее, Helen Harbison (1978) на основе личного опыта заболевания раком молочной железы и опыта других пациенток, с которыми она встречалась, утверждает, что, заболев раком, пациент, который до этого отдавал всю свою энергию другим, верит в то, что, будучи умирающим человеком, он сможет удовлетворить наконец-то свои нужды и потребности. Однако на практике это получается далеко не всегда.

Помощь онкологическим больным в направлении удовлетворения их собственных нужд и потребностей,

должна включать в себя, с одной стороны, работу по повышению их самоуважения, самооценки, с другой — по перемещению вопроса из плоскости «или я или другие» в плоскость «и я и другие».

5.8. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЛИЦ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ ОНКОБОЛЬНЫМ

Врачи и медицинские работники, оказывающие помощь пациентам онкологического профиля (особенно нуждающимся в паллиативной помощи, тяжелым онкобольным), чаще всего сталкиваются с синдромом эмоционального выгорания (СЭВ). Термин был предложен американским психиатром Гербертом Фрейденбергером в 1974 году и вначале описывался как состояние истощения, которое испытывают работники помогающих профессий.

Согласно определению ВОЗ, «синдром выгорания» — это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, употреблению алкоголя или других психоактивных веществ с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физиологической зависимости и суицидального поведения».

В настоящее время (А.Н. Овсепян, обзор литературы по СЭВ, 2013) общими проявлениями синдрома эмоционального выгорания считаются:

- безразличие, эмоциональное истощение, изнеможение;
- дегуманизация (отрицательное отношение к нуждающимся в помощи и коллегам);
- негативное самовосприятие в профессиональном плане.

Более специфическими симптомами также могут быть:

- снижение удовлетворенности от проделанной работы;
- снижение интереса или отрицательное отношение к работе;
- утрата сочувствия к пациентам, вплоть до ненависти к ним;
- ощущение собственной бесполезности;
- чувство вины;
- повышенная раздражительность;
- соматические проявления, такие, например, как головные боли, нарушения сна, снижение аппетита.

Среди личностных особенностей людей, предрасположенных к синдрому эмоционального выгорания, обычно выделяют несколько типов.

1. Гиперответственный тип, полностью посвятивший себя работе, который имеет тенденцию брать слишком много на себя. Он сжат с трех сторон, находясь во власти своих собственных потребностей, потребностей клиентов и потребностей руководства.

2. Однонаправленный сотрудник, который чрезмерно предан работе и чья жизнь вне работы неудовлетворительна. Он использует работу как заместитель социальной жизни, настолько погружаясь в нее, что у него не остается времени на себя. Это ведет к потере своего «Я».

3. Авторитарный работник, который полагается на свои полномочия, чтобы управлять другими, и ожидает повиновения со стороны подчиненных во что бы то ни стало, несмотря на огромные эмоциональные затраты.

4. Самоуверенный администратор, который оценивает себя как незаменимого работника.

5. Трудоголик — профессионал, который имеет тенденцию к отождествлению с теми, с кем он работает и для кого работает. Он рискует стать слишком вовлеченным в работу, теряя самого себя в этой жизни.

Различные авторы выделяют различные стадии СЭВ. Так, например, К. Маслач (1981) пишет о четырех стадиях: 1) идеализм и чрезмерные требования к себе; 2) эмоциональное и психическое истощение; 3) дегуманизация как способ защиты; 4) синдром отвращения (к себе — к другим — ко всему). Все это приводит к краху (увольнению или болезни).

По данным многочисленной литературы, имеются доказательства все более ухудшающегося психологического состояния врачей различных специальностей: с 1994 по 2002 год психическая заболеваемость среди них увеличилась с 27 до 32%, а частота эмоционального выгорания за этот же период с 32 до 41%, причем максимальным оно является у онкологов (Taylor C., 2005).

Н.В. Эккерт (2010), проанализировав организацию паллиативной помощи инкурабельным больным, выявила, что у врачей и медсестер хосписов доминировали: симптом «эмоционального дефицита» (66,1%), симптом «неудовлетворенности собой» (51,7%) и симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств» (47,9%). СЭВ был в большей степени выявлен у медицинских работников, имеющих стаж работы от 11 до 20 лет. «Эмоциональный дефицит» наблюдался чаще у медсестер, чем у врачей.

В.Я. Сазонов в своей диссертационной работе (2012), посвященной выгоранию (он называет его «профессиональным выгоранием» — ПВ) врачей-онкологов приходит к следующим выводам:

1. У обследованных врачей-онкологов (160 человек) выявлен средний уровень (18,13%) сформированности и высокий уровень формирования (65,0%) синдрома ПВ.

2. Наибольшая выраженность сформированного синдрома выгорания отмечена у врачей хосписов (20%) и стационаров (20%), наименьший уровень у врачей поликли-

ник (15%); у детских онкологов отмечена выраженная тенденция к формированию синдрома (67,5%).

3. В развитии синдрома ПВ у врача-онколога имеют значение личностные особенности: снижение показателей личностных ресурсов и самосознания, повышенная экстраверсия, а также редкое использование копинга «поиск социальной поддержки».

4. Формирование синдрома ПВ у врачей-онкологов определяется факторами, связанными с тяжелым контингентом (III-IV ст.) онкологических больных (75%), чрезмерным состраданием онкологическому больному (77%), неинформированностью врачом больного о его заболевании и прогнозе (21%), неопределенностью прогноза излечения онкологической патологии (48,7%), неудовлетворенностью врача-онколога проведенным лечением (75,6%), общением врача-онколога с родственниками больных (26,2%), неспособностью отключиться от профессиональных проблем вне работы (64,3%), неудовлетворенностью организацией производственного процесса (38,7%), низким заработком (41,8%), неудовлетворенностью профессиональным ростом (33,7%).

5. Более подвержены риску возникновения синдрома ПВ врачи-онкологи мужского пола в возрасте до 40 лет.

Для *профилактики* синдрома эмоционального выгорания профессионалу необходимо:

- знать признаки СЭВ;
- четко и ясно понимать свои рабочие функции, права и обязанности и следовать им;
- брать тайм-ауты, отдыхать от работы;
- не стараться быть всегда и во всем первыми;
- сбалансированно распределять все свои нагрузки в течение дня (здесь важно понимание того, что работа — важная, но всего лишь часть жизни!);
- иметь другие, не менее важные, чем работа, интересы в жизни;

- переключаться с одного вида деятельности на другой;
- в свободное время делать то, что хочется и интересно делать, не связанное с работой;
- общаться не только с коллегами, но и с друзьями, которые имеют другие профессии;
- «выговариваться», то есть делиться своими чувствами с близкими людьми.

Принципы *лечения* СЭВ практически такие же, как и рекомендации по профилактике. В более тяжелых случаях необходимо полное прекращение работы, психотерапевтическое, а иногда (депрессии, выраженные соматоформные расстройства) и медикаментозное вмешательство.

Наряду с синдромом эмоционального выгорания профессионалы, работающие в онкологической клинике, могут сталкиваться и с другими проблемами.

У онкологов (особенно начинающих) нередкими могут быть фантазии о «всемогуществе» врача, о том, что чуть ли не каждый больной раком может быть полностью вылечен. Сталкиваясь с рецидивами и смертью пациентов, они либо испытывают депрессию и чувство вины, либо отрицают факт рецидива. При работе же с онкобольными в состоянии ремиссии у врачей часто присутствуют выраженная тревога и страх за их благополучие.

Еще одной трудностью, с которой сталкивается медицинский персонал, оказывающий помощь онкологическим пациентам, является патернализм. Он является прежде всего ответом на психологическую регрессию больных к детским стереотипам поведения. Ярким примером патерналистических отношений служат случаи, когда диагноз сообщается не самому пациенту, а его родственникам.

Те врачи (или медицинские сестры), которым присущ сильный страх собственной смерти, могут дистанцироваться от онкобольных, вольно или невольно «пропагандируя» пессимизм. Подобное отношение медперсонала будет уси-

ливать чувства изоляции и отчаяния у самих онкологических пациентов. Известны даже случаи, когда врачи с подобными проблемами переживали своеобразный «триумф» после смерти больного: «ты умер, а я буду жить».

5.9. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Наряду с профилактикой и лечением синдрома эмоционального выгорания, помощи в преодолении других вышеописанных трудностей, не менее актуальным является и образовательный аспект, который, к сожалению, не всегда достаточно развит. Приведем ряд, по нашему мнению, необходимых знаний, которыми должны обладать медицинские работники (а возможно, и иной персонал) онкологических учреждений. Прежде всего им необходимо знать о психологических особенностях пациентов со злокачественными новообразованиями. Это — эмоциональная реакция на утрату здоровья, социального статуса, семейной роли, органа, сексуальной привлекательности и т.д., сопровождающаяся, помимо гнева и печали, характерными для онкобольных чувствами растерянности (нередко сменяющейся надеждой), страха и тревоги за будущее. Еще одной важной особенностью пациентов является защитная реакция в виде отрицания диагноза, тяжести заболевания, серьезности прогноза и др. Для онкологических больных характерны также фактически противоположные копинг-стили: беспомощность/безнадежность — и высокий «бойцовский дух». Нередко, несмотря на существующую потребность в общении, они изолируют себя от контактов с другими людьми, переживая при этом чувство одиночества. Одним из наиболее частых психопатологических проявлений у онкобольных являются невротические расстройства в виде острой реакции на стресс, посттравматического стрессового расстройства и расстройства адаптации.

Е.Ф. Бажин и соавт. (1987) подробно описали различные личностные особенности пациентов со злокачественными опухолями и отличия, исходя из этих особенностей, в подходах к общению с ними. У больных с «шизоидными» чертами имеется собственная версия происхождения своего заболевания, они также склонны выбирать себе «доверенное» лицо среди персонала или других пациентов, с мнением которого они особенно считаются. В работе с ними необходимо использовать скорее рациональную, чем иные виды, психотерапию. Следует считаться с их версией заболевания, какой бы нелепой она ни была, отказаться от всяких попыток переубеждения. Корригировать ее можно лишь путем ряда специальных бесед, делая упор на специальные знания в онкологии, что успокаивает больного и внушает ему доверие, способствует установлению контакта. Важно знать и «доверенное» лицо пациента и через него оказывать психотерапевтическое влияние.

«Синтонные» и «истероидные» больные исключительно чувствительны к мягкому и задушевному тону, ласковой приветливости, внимательной заинтересованности (в особенности в разговоре о болезни). В общении с ними упор должен делаться на эмоциональную поддержку. Они хорошо реагируют на арт- и музыкотерапию.

Для пациентов с чертами возбудимости характерно развитие дисфорических (тоскливо-злых) состояний, которые иногда могут протекать с агрессивными тенденциями по отношению к персоналу и больным. Они не могут долго быть пассивным объектом тех или иных медицинских манипуляций; им необходимо самим участвовать в процессе лечения. Этот заряд энергии важно направить в конструктивное русло, например, рекомендовать ведение специального дневника наблюдений за своим состоянием. Любые требования со стороны персонала, предъявленные в

директивно-ультимативной форме, способны спровоцировать дисфорическую реакцию.

Больные с чертами тревожной мнительности склонны к особенной тяжести эмоциональных переживаний. Они повсюду ищут поддержку: у медицинского персонала, друзей, родных, иногда даже у случайных посетителей. В общении с подобными пациентами медицинский персонал никогда не должен проявлять сомнений и колебаний. Для них необходимы точные и строгие инструкции, иногда даже прямые требования, изложенные в твердых выражениях, что может принести значительно большую пользу, чем объяснения или убеждения.

Из изложенного вытекает важность и необходимость коммуникативного тренинга для персонала онкологических учреждений, который призван помочь им устанавливать и поддерживать продуктивный контакт с онкологическими больными на протяжении всего периода лечения. Приобретение навыков активного слушания, сообщения неприятной (или, напротив, обнадеживающей) информации о болезни, общения с пациентами и родственниками, испытывающими сильные негативные чувства, не вовлекаясь в них, но эмоционально присутствуя, поможет врачам и медперсоналу быть максимально эффективными в своей профессиональной деятельности.

Конечной целью образования в области психоонкологии является приобретение лицами, которые оказывают помощь онкологическим пациентам, умения устанавливать с больными равные, партнерские отношения, основанные на взаимном уважении и доверии, лишенные патернализма, директивности или отчуждения. В конечном счете за онкологическим больным должно быть признано право быть полноценным участником того процесса, в котором речь идет о его здоровье и жизни.

5.10. ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Поле исследования в области психоонкологии (онкопсихологии) обширно. Без сомнения, наибольшее количество исследований посвящено влиянию психологических (в широком смысле слова) вмешательств на качество жизни онкологических больных. Большинство авторов сходятся во мнении, что повышение КЖ должно быть сопряжено не только с облегчением страданий, но и с поощрением и активизацией адаптивных, способствующих здоровью и выживанию, сил (так называемый холистический подход).

В русле холистического подхода лежит ряд порой кажущихся несвязанными друг с другом концепций. *Во-первых*, это представление о *physis*, силе, которая, согласно древнегреческим философам, стимулирует рост, развитие и позитивные изменения всего живого. Этот постулат используется и в современной психотерапии и подчеркивает важность активизации собственных сил и возможностей пациентов. Нетрудно заметить, что понятие *physis* перекликается с идеей известного французского философа Анри Бергсона о *жизненном порыве* личности. *Во-вторых*, концепция *конструктивной агрессии* по Гюнтеру Амону, основателю так называемой динамической психиатрии, которая выражается в активности, предприимчивости, любознательности, открытом проявлении эмоций, способности справляться с трудностями. *В-третьих*, это представление о так называемом *духе борьбы*, или *бойцовском духе* (от англ. fighting spirit). *В-четвертых*, понятие *проблемно-ориентированного* копинг-стиля, который направлен на рациональный анализ проблемы, создание и выполнение плана разрешения трудной ситуации и проявляется в таких формах поведения, как самостоятельный анализ случившегося, обращение за помощью к другим, поиск дополнительной информации.

Ниже мы приводим ряд общих психоонкологических (онкопсихологических) практических рекомендаций, направленных как на облегчение страданий пациентов, так и основывающихся на холистическом подходе:

- сообщать информацию о заболевании и лечении следует максимально щадящим способом, исходя из потребностей больного;

- необходимо делать упор на то положительное, что было обнаружено в процессе обследования и получено в результате лечения;

- с одной стороны, следует стимулировать больных к поиску поддержки среди близких, с другой — активизировать их собственные жизненные силы;

- важно помочь пациентам наименее травматично пройти эмоциональный процесс проживания утраты здоровья, органа, статуса и т.д. При этом стоит дать понять больному, что все чувства, которые он переживает, являются нормальными и естественными;

- необходимо постоянно проводить работу по повышению самоуважения пациентов, их самооценки, с одной стороны, с другой — по перемещению вопроса из плоскости «или я или другие» в плоскость «и я и другие», для удовлетворения собственных нужд и потребностей;

- в случае невозможности выполнения трудовой деятельности в силу соматического состояния важно помочь больным перераспределить энергию в сторону выполнения посильного труда: домашняя работа, уход за внуками и т.д.;

- необходимо помогать пациентам последовательно и детально планировать свое будущее, искать смысл в изменившейся, даже смертельно опасной ситуации;

- психотерапия онкобольных должна носить скорее поддерживающий, чем конфронтующий характер и при необходимости принимать форму заботы о пациенте;

— при проведении психолого-психотерапевтических мероприятий следует придерживаться трех правил Карла Роджерса (безусловное принятие, эмпатия и конгруэнтность);

— при необходимости следует использовать не только индивидуальную, но групповую (в том числе и семейную) психотерапию;

— необходимо поощрять и развивать группы самопомощи и самоподдержки;

— паллиативная реабилитация должна в первую очередь касаться области межличностных отношений;

— психотерапевтическая коррекция должна распространяться и на родственников больных, на врачей и медперсонал, оказывающий им помощь;

— 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.

Психологически ориентированные исследования в онкологической клинике в настоящее время находятся, скорее, в стадии активного становления, чем в стадии зрелости. Но без сомнения, психоонкологию (онкопсихологию) ожидает перспективное будущее. Особенно актуальным представляется как можно более быстрое внедрение результатов науч-

ных разработок в клиническую практику. Другими словами, необходимо добиваться сокращения дистанции между теоретическими знаниями и их практическим применением.

Развитие и достижения психоонкологии (онкопсихологии) со всей очевидностью показывают необходимость участия в лечебном процессе, проводимом в онкологических учреждениях, наряду с онкологами, химиотерапевтами, радиологами и врачей-психотерапевтов (психологов), а при необходимости и психиатров.

Контрольные материалы к главе 5

Задания в тестовой форме

Выберите один правильный ответ

1. Психоонкология — это:

- а) наука о психических расстройствах у больных раком;
- б) это наука, которая занимается психологическими и социальными аспектами рака;
- в) наука о влиянии диагноза рака на психоэмоциональное состояние больного;
- г) это наука о психологических, психических, социальных и этнических факторах, имеющих отношение к развитию, предотвращению и устранению онкологической патологии, а также об изучении психологических отклонений и психиатрических расстройств у лиц, страдающих онкозаболеваниями

2. Первые работы, посвященные психоонкологии, встречаются в работах:

- а) З. Фрейда
- б) К. Юнга
- в) Г. Холл
- г) все ответы правильные

3. Индивидуальные особенности, предрасполагающие к снижению психологической устойчивости к онкологическим заболеваниям:

- а) повышенная тревожность
- б) гневливость, враждебность (особенно сознательно подавляемые), эмоциональная возбудимость, нестабильность
- в) пессимистическое отношение к жизненной ситуации
- г) замкнутость, закрытость

4. Травмирующими факторами, приводящими к возникновению психологических проблем у онкологических больных, являются:

- а) раковое заболевание
- б) прежние, ранее имевшие место психические расстройства
- в) психологические и социальные факторы окружающей онкологического больного факторы среды
- г) методы и средства лечения (например, хирургическое вмешательство, кортикостероидные и опиумные препараты и др.)

5. Потребность в психологической помощи включает:

- а) потребность пациента в информации, разъяснении врачом заболевания и характера лечения
- б) потребность пациента по поводу соматических проблем (например, потребность в назначении дополнительного лечения или отмене назначений врача)
- в) потребность в эмоциональной поддержке, сообщение о стратегиях адаптации для лучшего преодоления психических нагрузок, возникших вследствие болезни
- г) потребность в пациента в помощи психотерапевта при наличии тяжелых психических сопроводительных

реакций или психиатрического заболевания, как, например, депрессия или страх

6. К специфичным причинам профессионального выгорания у персонала онкологических клиник можно отнести:

- а) невозможность оказать помощь больному в некоторых случаях
- б) проблемы профессионального характера (карьерного роста) и условий труда
- в) более высокая летальность в онкологических больницах, чем в большинстве других клиник
- г) воздействие пациентов и их близких, стремящихся решить свои психологические проблемы за счет психологических ресурсов лечащего врача

7. Алекситимия — это:

- а) неспособность человека называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т.е. переводить их в вербальный план
- б) психическое расстройство, которое характеризуется эпизодами сниженного, мрачного настроения, не достигающего по степени выраженности депрессивного уровня
- в) это психическое расстройство, которое вызывает постоянное чувство печали и потерю интереса к жизни. Также ее называют большим депрессивным расстройством и клинической депрессией
- г) расстройство, характеризующееся постоянным стремлением к социальной замкнутости, чувством неполноценности, чрезвычайной чувствительностью к негативным оценкам окружающих и избеганием социального взаимодействия

8. Термин «алекситимия» ввел:

- а) Вундт
- б) Сифнеос
- в) Карасу
- г) Эллис

9. Методики оценки алекситимии:

- а) торонтская шкала
- б) тест Спилбергера
- в) тест Бехтерева
- г) правильные ответы а и в

10. К когнитивным нарушениям у онкологических больных может привести:

- а) сопутствующая патология
- б) проведение полихимиотерапии
- в) проведение лучевой терапии
- г) все ответа правильные

11. Наиболее распространенными психическими расстройствами, встречающимися у онкологических больных, являются:

- а) тревожные расстройства
- б) стрессовые расстройства
- в) расстройства личности
- г) депрессивные расстройства

12. Тревожное расстройство личности — это:

- а) неспособность человека называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т.е. переводить их в вербальный план

- б) психическое расстройство, которое характеризуется эпизодами сниженного, мрачного настроения, не достигающего по степени выраженности депрессивного уровня
- в) это психическое расстройство, которое вызывает постоянное чувство печали и потерю интереса к жизни. Также ее называют большим депрессивным расстройством и клинической депрессией
- г) расстройство, характеризующееся постоянным стремлением к социальной замкнутости, чувством неполноценности, чрезвычайной чувствительностью к негативным оценкам окружающих и избеганием социального взаимодействия

13. Виды тревожности:

- а) личностная
- б) ситуативная
- в) реактивная
- г) правильные варианты а, б, в

14. Для оценки уровня тревожности используются:

- а) опросник Спилберга-Ханина
- б) опросник Бека
- в) опросник Зунга-Балашовой
- г) опросник EORTC-30

15. Депрессия — это:

- а) неспособность человека называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т.е. переводить их в вербальный план
- б) психическое расстройство, которое характеризуется эпизодами сниженного, мрачного настроения, не достигающего по степени выраженности депрессивного уровня

- в) это психическое расстройство, которое вызывает постоянное чувство печали и потерю интереса к жизни. Также ее называют большим депрессивным расстройством и клинической депрессией
- г) расстройство, характеризующееся постоянным стремлением к социальной замкнутости, чувством неполноценности, чрезвычайной чувствительностью к негативным оценкам окружающих и избеганием социального взаимодействия

16. Для оценки уровня депрессии используются:

- а) опросник Спилберга-Ханина
- б) опросник Бека
- в) опросник Бехтерева
- г) опросник EORTC-30

17. Депрессивное расстройство встречается чаще:

- а) у молодых онкологических пациентов
- б) у пожилых онкологических пациентов
- в) у мужчин, больных раком
- г) все ответы правильные

18. Копинг-стратегия — это:

- а) привлечение психологических резервов больного и тем самым улучшение его психосоматического и эмоционального состояния
- б) самостоятельная визуализация больным определенных образов в состоянии мышечной релаксации
- в) это адаптивная форма поведения, которая поддерживает психологическое равновесие в проблемной ситуации
- г) изменение или замена любых негативных поведенческих стереотипов на более позитивные

19. Психотерапия и реабилитация онкологических больных может включать:

- а) формирование копинг-стратегии
- б) арт-терапию
- в) креативную визуализацию
- г) все ответы правильные

20. Ресурсная техника в психоонкологии — это:

- а) привлечение психологических резервов больного и тем самым улучшение его психосоматического и эмоционального состояния
- б) самостоятельная визуализация больным определенных образов в состоянии мышечной релаксации
- в) это адаптивная форма поведения, которая поддерживает психологическое равновесие в проблемной ситуации
- г) изменение или замена любых негативных поведенческих стереотипов на более позитивные

21. Аутосуггестивная терапия в психоонкологии — это:

- а) привлечение психологических резервов больного и тем самым улучшение его психосоматического и эмоционального состояния
- б) самостоятельная визуализация больным определенных образов в состоянии мышечной релаксации
- в) это адаптивная форма поведения, которая поддерживает психологическое равновесие в проблемной ситуации
- г) изменение или замена любых негативных поведенческих стереотипов на более позитивные

22. Психотерапия и реабилитация онкологических больных может включать:

- а) дистантная терапия
- б) групповую терапию

- в) гипнотерапию
- г) все ответы правильные

23. Метод Куэ — это:

- а) сознательное самовнушение
- б) бессознательное самовнушение
- в) самостоятельная визуализация больным определенных образов в состоянии мышечной релаксации
- г) нет правильных ответов

24. Типы отношения к болезни:

- а) тревожный
- б) анозогнозический
- в) эйфорический
- г) все ответы правильные

25. Как называется расстройство личности, характеризующееся чрезмерной обеспокоенностью пациента даже незначительным дефектом или особенностью своего тела:

- а) дистимия
- б) дисморфофобия
- в) дисморфизм
- г) алекситимия

Контрольные вопросы

1. Понятие психоонкологии (онкопсихологии).
2. История психоонкологических исследований.
3. Психоонкологические (онкопсихологические) сообщества и образование.
4. Приказ МЗ РФ о паллиативной помощи.
5. Психолого-психотерапевтические вмешательства в рамках паллиативной помощи.

6. Психические проявления у онкологических больных.
7. Этапы переживания утраты.
8. Психотерапевтическая помощь в прохождении этапов траура.
9. Помощь умирающим пациентам.
10. Психологические защиты онкологических больных.
11. Реакция отрицания.
12. Копинг-стили.
13. Коррекция копинг-стилей и работа с психологическими защитами.
14. Внутренняя картина болезни онкологических пациентов.
15. Типы отношения к болезни.
16. Психокоррекция ВКБ.
17. Психические расстройства у онкобольных.
18. Виды психотерапии в онкологической клинике.
19. Когнитивная и поведенческая психотерапия.
20. Рациональная психотерапия.
21. Релаксационные техники и гипнотерапия.
22. Метод Куэ.
23. Арт- и музыкотерапия.
24. Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно.
25. Дистантные формы психотерапии.
26. Трансактный анализ.
27. Контракт на заботу.
28. Психотерапевтическая коррекция соматических симптомов при онкозаболеваниях.
29. Психиатрическая помощь онкологическим больным.
30. Основные психофармакотерапевтические средства, используемые в онкологии.

31. Психосоциальная реабилитация в онкологической клинике.
32. Паллиативная реабилитация.
33. Сферы приложения психосоциальной реабилитации.
34. Синдром эмоционального выгорания: симптомы и течение.
35. Синдром эмоционального выгорания: профилактика и лечение.
36. Другие трудности у лиц, оказывающих помощь онкобольным.
37. Исследование психологических риск-факторов в онкологии.
38. Рак и стресс.
39. Алекситимия.
40. Тип личности «С».
41. Рак и депрессия.
42. Возможности психологического воздействия для увеличения продолжительности жизни онкобольных или их выздоровления.
43. Холистический подход в онкологической клинике.

ОТВЕТЫ НА ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ К ГЛАВАМ 1–5

Глава 1:

1 – г; 2 – б; 3 – в; 4 – д; 5 – д; 6 – в; 7 – г; 8 – в; 9 – а;
10 – б; 11 – в; 12 – б; 13 – а; 14 – а; 15 – е; 16 – г; 17 – б; 18 – г;
19 – *запрещена, убийство*; 20 – 2, 1.

Глава 2:

1 – г; 2 – а; 3 – г; 4 – г; 5 – а; 6 – б; 7 – в; 8 – в; 9 – а; 10 –
г; 11 – в; 12 – г; 13 – в; 14 – б; 15 – а; 16 – б; 17 – г; 18 – а;
19 – г; 20 – б; 21 – г; 22 – г; 23 – б; 24 – б; 25 – б; 26 – а;
27 – б, в, г.

Глава 3:

1 – в; 2 – в; 3 – г; 4 – в; 5 – г; 6 – г; 7 – г; 8 – г; 9 – в; 10 –
а; 11 – а; 12 – в; 13 – в; 14 – г; 15 – г; 16 – в; 17 – в; 18 – а;
19 – б; 20 – б; 21 – г; 22 – в; 23 – а и б; 24 – а; 25 – б; 26 – г;
27 – г; 28 – а и в; 29 – а и в; 30 – в.

Глава 4:

1 – г; 2 – б; 3 – б; 4 – в; 5 – г; 6 – г; 7 – а и б; 8 – а и в; 9 –
б; 10 – г; 11 – б; 12 – г; 13 – в; 14 – а; 15 – г; 16 – б; 17 – б;
18 – б; 19 – г; 20 – б; 21 – б и в; 22 – б; 23 – б; 24 – в; 25 – г.

Глава 5:

1 – г; 2 – б; 3 – а; 4 – а; 5 – в; 6 – г; 7 – а; 8 – б; 9 – г; 10 –
г; 11 – а; 12 – г; 13 – г; 14 – а; 15 – в; 16 – б; 17 – а; 18 – в;
19 – г; 20 – а; 21 – г; 22 – г; 23 – а; 24 – г; 25 – б.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абросимов В.Н. Паллиативная помощь больным раком легкого с тяжелой одышкой / В.Н. Абросимов, Е.П. Куликов, О.А. Давыдова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2007. – № 1. – С. 28 – 30.
2. Бажин Е.Ф. О медико-психологической работе в онкологических учреждениях: методические рекомендации / Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов, Г.П. Цейтина; под ред. проф. М.М. Кабанова. – Л., 1987. – 21 с.
3. Биктимиров Т.З., Модников О.П. Ульяновская региональная программа развития паллиативного лечения онкологических больных // Материалы Всероссийской конференции «Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований». 1995. С. 12–14.
4. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением / М.Е. Бурно. 3-е изд., испр. и доп. – М.: Академический Проект, 2006. – 432 с.
5. Введенская Е.С. История развития паллиативной и хосписной помощи больным злокачественными новообразованиями в России, Паллиативная помощь и реабилитация. – 2012. – № 2. С. 55–58.
6. Введенская Е.С. О важности принятия рабочего определения паллиативной помощи и ее содержания в преддверии становления служб в регионах. Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2013. – № 1–2. С.: 24–29.
7. Володин Б.Ю. Психиатрия и психотерапия в онкологической практике: учебное пособие / Б.Ю. Володин,

- С.С. Петров, Е.П. Куликов; Ряз. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова. – Рязань: РИО РязГМУ, 2006. – 83 с.
8. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь: пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой / А.В. Гнездилов. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 162 с.
 9. Гулдинг М. (Goulding M.). Психотерапия нового решения / М. Гулдинг, Р. Гулдинг (M. Goulding, R. Goulding). – М.: Независимая фирма «Класс», 1997. – 288 с.
 10. Дружинин А.Е. Роль и место государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Центр паллиативной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» в системе оказания паллиативной медицинской помощи / Дружинин А.Е., Соколов А.А., Гончарова Н.Г., Казначеев В.М., Панасенко С.Л. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 2. С. 21–25.
 11. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2013 году. Заболеваемость и смертность / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. М., 2015.
 12. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г., – 61 с. URL: <http://www.zdravo2020.ru/concept>
 13. Котова Е.В. Профилактика синдрома эмоционального выгорания: учебное пособие [Электронный ресурс] / Е.В. Котова; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2013.
 14. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2004. – 114 с.
 15. Лечение хронической боли онкологического генеза: учебное пособие / Под ред. Г.А. Новикова, Н.А. Осиповой. М., 2007. – 82 с.
 16. Машковский М.Д. Лекарственные средства: пособие по фармакотерапии для врачей в 2-х ч. / М.Д. Машковский. М., 2012.

17. Модников О.П., Биктимиров Т.З. К вопросу о преподавании паллиативного лечения онкологических больных в системе высшего и среднего медицинского образования // Материалы Всероссийской конференции «Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований». 1995. С. 36–38.
18. Новиков Г.А., Бененсон Л.И., Прохоров Б.М. и др. Первый опыт работы онкологического отделения паллиативного лечения в составе больницы терапевтического профиля // Материалы Всероссийской конференции «Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований». 1995. С. 9–10.
19. Новиков Г.А. Контроль симптомов в паллиативной медицине / Г.А. Новиков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 248 с.
20. Новиков Г.А. Организационно-методологические подходы к совершенствованию оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Российской Федерации / Г.А. Новиков, С.В. Рудой, М.А. Вайсман, Б.А. Тарасов, Д.В.Подкопаев // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2015. № 4. С. 5–11.
21. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А., Прохоров Б.М., Самойленко В.В., Ефимов М.А. / Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации. Медицина и качество жизни, – 2010. С. 8–14.
22. Новиков Г.А., Рудой С.В., Самойленко В.В., Вайсман М.А. Интеграция паллиативной медицинской помощи в здравоохранение Российской Федерации. Паллиативная помощь и реабилитация. – 2013. – № 3. С. 4–7.
23. Овсепян А.Н. Синдром эмоционального выгорания / А.Н. Овсепян // Медицинская наука Армении НАН РА. – 2013. – Т. 53, № 3. С.18–29.

24. Орлова Т.В. Краткая история и современное состояние психотерапии в паллиативной онкологии [Электронный ресурс] / Т.В. Орлова // Медицинская психология в России: электрон.науч. журн. – 2011. – № 5.
25. Осипова Н.А., Новиков Г.А., Прохоров Б.М. Хронический болевой синдром в онкологии. – М.: Медицина, 1998. – 178 с.
26. Осипова Н.А. Принципы применения анальгетических средств при острой и хронической боли / Н.А. Осипова, Г.Р. Абузарова, В.В. Петрова. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России», 2010. С. 4-6.
27. Оценка качества жизни в паллиативной медицине/ Г.А. Новиков [и др.]. Ульяновск, 2013. – 113 с.
28. Паллиативная помощь онкологическим больным / Под ред. проф. Г.А. Новикова, акад. РАМН, проф. В.И. Чиссова. – М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006. – 192 с.
29. Переводчикова Н.И. Противоопухолевая химиотерапия / Н.И. Переводчикова. М., 2011.
30. Перспективы развития и интеграция образовательных программ по паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации / М.Г. Шарафутдинов [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. – №2. С. 5–8.
31. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей / Под ред. В.М. Моисеенко. – М.: Общество онкологов-химиотерапевтов, 2014. – 404 с.
32. Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217572>
33. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н «Об утверждении редакции Поряд-

- ка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».
34. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
 35. Пчелинцев М.В. Комбинированные препараты, содержащие опиаты и антагонисты опиатных рецепторов, в повышении безопасности терапии интенсивной боли. *Врач.* – 2012. – № 11. С. 38–42.
 36. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов в клинической практике: материалы совета экспертов от 13 декабря 2014 г. М., 2014.
 37. Рекомендации Rec. (2003) 24 Комитета министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. – М.: Медицина за качество жизни, 2005. – 30 с.
 38. *Совсем другие истории* (Составитель Надин Гордимер) Открытый мир, 2006. – 400 с.
 39. Тарабрина Н.В. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, О.А. Ворона, М.С. Курчакова. – М.: Институт психологии РАН, 2010. – 175 с.
 40. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях: методические рекомендации / А.Д. Каприн [и др.]. М., 2015. – 42 с.
 41. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104>
 42. *Хосписы: Сборник* /Под ред. Миллионщиковой В.В., Лопанова П.Н., Полишкиса С.А. – М.: Грантъ, 2003. – 280 с.
 43. Циркадные закономерности боли у онкологических пациентов в хосписе / В.А. Астахов [и др.] // Палли-

- ативная медицина и реабилитация. – 2015. – № 1. – С. 32–36.
44. Эвтаназия: право на жизнь или смерть? / Е.О. Парахина [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2015. – №1. С. 5–7.
 45. Эккерт Н.В., Новиков Г.А., Хетагурова А.К., Шарафутдинов М.Г. Методические рекомендации по паллиативной помощи. М.: 2008.
 46. Berman H.A Rational Approach to Constipation / H.Berman,L. Brooks, S. Silver // Geriatrics Aging. – 2007. – Vol.10, №10. - P.654 – 660.
 47. Bolund C. Crisis and coping – learning to live with cancer // Psychosocial aspects of oncology / C. Bolund; eds.: J.C. Holland., R. Zittoun. – Berlin: Springer-Verlag; Heidelberg; New York; London; Paris; Tokyo; Hong Kong, 1990. – P.13-25.
 48. Breitbart W. Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: a Treatment Manual / W. Breitbart, S. Poppito. – New York: Oxford University Press, 2014. – 122 p.
 49. Breitbart W. Meaning-Centered Group Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: a Treatment Manual / W. Breitbart, S. Poppito. – New York: Oxford University Press, 2014. – 128 p.
 50. Brown E.A. Palliative care in neurology / E.A. Brown, E.J. Chambers, C. Eggeling // Neurolog. Dial. Transplant. – 2008. – Vol.23. – P.789 – 791.
 51. Cancer pain: from molecules to suffering / J.A. Paice [et al.]. – Seattle, WA: IASP Press. 2010. – 354 p. [2].
 52. Cancer Pain. Assessment and management / eds.: E.D. Bruera, R.K. Poteno. – 2nd edition. – Cambridge: University Press, 2010. – 643 p.
 53. Caraceni A. et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC // Lancet. – 2012; 13: 58–68

54. Clemens K.E. Symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids and its effect on ventilation in palliative care patients / K.E. Clemens, E. Klaschik // *J.Pain Symptom Manage.* – 2007. – Vol.33. – P.473 – 481.
55. deVries M. Psycho-oncological interventions and psychotherapy in the oncology setting / M. deVries, F. Stiefel // *Recent Results Cancer Res.* – 2014. – Vol.197. – P.121-135.
56. Doyle D. The Essence of Palliative Care – A Personal Perspective. 2004 National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 2004, 12 p.
57. Evidence for Improving Palliative Care at the End of Life: a Systematic Review / K.A.Lorenz [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 2008. – Vol.148. – P.147 – 159.
58. Greer S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks / S. Greer // *Psycho-oncology.* – 1994. – Vol.3, N 2. – P. 87-101.
59. Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine / eds.: H.M. Chochinov, W. Breitbart. – New York: Oxford University Press, 2000. – 435 p.
60. Holland J.C. Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities // *Psycho-Oncology.* – 1992. – Vol., N 1. – P.1-13.
61. IASP, Pain: Clinical Updates. Identification and Treatment of Neuropathic Pain in Patients with Cancer. – 2012. – Vol. XX, Issue 2. – URL: <http://www.iasp-pain.org>
62. Imanaka, K., Tominaga, Y., Etropolski, M., van Hove, I., Ohsaka, M., Wanibe, M., Hirose, K., and Matsumura, T. Efficacy and safety of oral tapentadol extended release in Japanese and Korean patients with moderate to severe, chronic malignant tumor-related pain. *Curr Med Res Opin*, 2013; 29: 1399-1409
63. Interventions for Alleviating Cancer –Related Dyspnea: a Systematic Review / I. Ben-Aharon [et al.] // *J. Clin. Oncology.* – 2008. – Vol.26, №14. – P.2396 – 2404.
64. Jost L. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines / L. Jost, F. Roila, ESMO Guidelines Working

- Group // *Ann Oncol.* – 2010. – Vol. 21 (Suppl 5). – P. v257-260.
65. Lee SK., Dawson J., Lee JA., Osman G., Levitin MO., et al. Management of cancer pain: 1. Wider implications of orthodox analgesics. *International Journal of General Medicine* 2014;7 49–58
 66. Mercadante S., Porzio G., Gebbia V. New opioids. *J Clin Oncol.* 2014 Jun 1;32(16):1671-6
 67. Moss J, Rosow CE. Development of peripheral opioid antagonists: new insights into opioid effects. *Mayo Clin Proc.* 2008;83:1116-1130.
 68. Pharmacologic Treatment of Cancer-related Fatigue / J.K. Carroll [et al.] // *The Oncologist.* – 2007. – Vol.12 (Suppl.1). – P.43 – 51.
 69. Pharmacology of pain / P. Beaulieu [et al.]. – Seattle, WA: IASP Press, 2010. – 622 p.
 70. Raffa RB, Pergolizzi JV Jr. Opioid formulations designed to resist/deter abuse. *Drugs* 2010;70(13):1657–1675
 71. Smith H.S. Combination Opioid Analgesics. *Pain Physician* 2008; 11:201-214.
 72. Use of Opioid Analgesics in the Treatment of Cancer Pain: Evidence-based Recommendations from the EAPC // *Lancet Oncol.* – 2012. – Vol. 13. – P. e58-e68.
 73. Webster L. Update on abuse-resistant and abuse-deterrent approaches to opioid formulations. *Pain Med* 2009;10(S2):S124–S133.
 74. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 and 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care, 2010. Available from: URL: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=z4a-8JkAnFo%3d&tabid=732>.

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ОНКОЛОГИИ

Учебник

под редакцией
проф. Г.А. Новикова,
проф. Е.П. Куликова

Корректор

И.Е. Король

Верстка

В. М. Милич

Дизайн обложки

ООО «Принт-Студио»

Подписано в печать ????.2016. Заказ №????
Бумага офсетная 80 г/м². Формат 60х90/16
Усл. печ. л. 22. Тираж 1000 экз.

Отпечатанов типографии А-Принт,
МО, г. Протвино, Заводской проезд, д.7.