

ОБЩАЯ ОНКОЛОГИЯ

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ, ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ И
РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д.А.Алиев, М.К.Мамедов

Авторы: Алиев Джамиль Азиз оглы, академик
Мамедов Мурад Кияс оглы, профессор

Материалы лекций, представленных слушателям
на кафедре онкологии Азербайджанского института
усовершенствования врачей им.А.Алиева

Рецензент: заслуженный деятель науки,
профессор А.Х.Керимов

Рекомендовано к печати Ученым советом
Национального центра онкологии

ВВЕДЕНИЕ

XX век вошел в историю, как эпоха расцвета клинической онкологии, когда были найдены методы, применение которых для лечения онкологических заболеваний (ОЗ) позволяло получить отчетливый и устойчивый терапевтический эффект и даже излечивать пациентов со злокачественными опухолями (ЗО).

Действительно, этот период ознаменовался разработкой эффективных хирургических операций (ХО), позволяющих излечивать больных ОЗ или, как минимум, увеличивать продолжительность их жизни.

На протяжении XX в. были обнаружены пригодные для радиотерапии ЗО радиоактивные изотопы и была разработана техника для облучения людей и, в итоге, создана идеология и методология эффективной лучевой терапии (ЛТ) больных с ОЗ.

Наконец, вторая половина XX в. ознаменовалась интенсивным развитием лекарственной терапии ОЗ: были разработаны методы лечения ЗО и лейкозов гормональными препаратами (эстрогенами, глюкокортикоидами) и, главное, созданием целого ряда синтетических препаратов, способных эффективно подавлять размножение клеток (цитостатический эффект) и рост ЗО - их называли "противоопухолевыми (или цитостатическими) препаратами" (ПОП), их применение положило начало новому направлению в онкологии - "химиотерапии" (ХТ) ОЗ.

Вместе с тем, именно в XX в. было установлено, что эффективность ЛТ, и ХТ недостаточно высока и может быть повышена путем повышения интенсивности терапевтических воздействий на ЗО и, в частности, доз ионизирующего излучения и от доз ПОП, вводимых пациентам. Однако, развитию этого пути препятствовали, по меньшей мере, три объективные причины.

Во-первых, это недостаточная широта диапазона переносимости излучений из-за слишком высокой радиочувствительности клеток и узкой широты диапазона переносимости пациентами ПОП из-за высокой токсичности этих ПОП. Это проявлялось в усилении негативных побочных эффектов терапевтических воздействий и учащении возникновения различных осложнений (ятрогенные эффекты лечения).

Это выражалось в том, что при ЛТ и увеличении интенсивности облучения резко возрастала повреждаемость нормальных клеток организма и повышалась частота "лучевых реакций" (местных и общих), а при ХТ в том, что повышение доз ПОП или увеличение частоты их введения приводило, во первых, к резкому усилению их побочных эффектов (side effects), обусловленных высокой токсичностью ПОП и, во вторых, к развитию различных осложнений.

Во-вторых, развитие, рост и распространение ЗО в организме закономерно сопровождалось усилением ее негативного действия (локального и системного) на организм. Такое действие выражалось в форме развития у больных широкого круга признаков нарушения структурного гомеостаза и функциональных расстройств. На фоне таких нарушений и расстройств токсические эффекты ЛТ и ХТ могли усиливаться, а их применение могло повлечь развитие осложнений.

В-третьих, у части больных ЗО имелась разнообразная и, в том числе не проявляющая себя, интеркуррентная патология, обусловленная заболеваниями, предшествовавшими появлению ЗО или позже присоединившимися к ОЗ.

Наличие такой патологии, даже остающейся субклинической, могло становиться фактором, усиливающим действие на организм больных как самой ЗО, так и побочного токсического влияния на него терапевтических факторов: ХО, ЛТ и ХТ.

Очевидно, и то, что каждая из этих причин в отдельности, и тем более все они вместе, могли выступать как фактор, изначально лимитирующий не только интенсивность лечебных воздействий на пациента, но и препятствовать или ограничивать саму возможность их применения. Между тем, было ясно, что любые ограничения возможностей адекватного лечения ускоряли рост ЗО и отрицательно сказывались на прогнозе заболевания.

Клиническая значимость этих обстоятельств еще в конце первой половины XX в. поставила задачу по разработке подходов и изысканию средств, способных повысить переносимость пациентами ЛТ и ХТ и ослабить негативные последствия наличия у них сопутствующей патологии. В процессе разработки таких подходов сформировалось самостоятельное направление клинической онкологии, получившее название "поддерживающей терапии" (supportive therapy).

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ

Поддерживающая терапия (ПТ) - это комплекс терапевтических мероприятий, который проводится больным ОЗ, но не направлен на лечение ОЗ, как таковых. Эти мероприятия проводятся тем больным ОЗ, у которых в процессе противоопухолевой терапии или сразу после нее возникает угроза ухудшения качества жизни.

Такая угроза может возникнуть из-за: 1) развития (или ее угрозы) осложнений противоопухолевого лечения (ХО, ЛИ или ХТ); 2) усиления опасных для пациента проявлений действия ЗО на его организм; 3) манифестация и отягощение течения субклинической сопутствующей патологии или появления такой угрозы) и 4) ухудшения состояния пациентов и для устранения (или ослабления) тягостных (в том числе, болевых) и других трудно переносимых ощущений.

Существенно, что ПТ принципиально отличается от методов "каузальной" или "циторедуктивной" терапии (т.е. направленной на уменьшение числа опухолевых клеток в организме), поскольку последняя основана на использовании лишь "чисто" противоопухолевых воздействий - ЛТ или ХТ.

ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПТ. Первоначально целью ПТ считалось повышение переносимости ПОП больными в процессе высокодозной ХТ, соответственно, обеспечение возможности введения им ПОП в дозах, необходимых для получения высокого терапевтического эффекта. Однако в дальнейшем ПТ стала считаться неотъемлемым компонентом любого консервативного лечения больных ОЗ.

Поясняя патогенетическую подоплеку ПТ, следует подчеркнуть, что в организме всех больных ЗО имеется целый ряд нарушений гомеостаза, прямо или косвенно обусловленных самим ОЗ и его осложнениями, а в части случаев, преморбидной и интеркуррентной патологией. В ситуациях, когда больные подвергаются противоопухолевому лечению, эти сдвиги, так или иначе, суммируются и даже потенцируются с побочными эффектами лечения, приводя к еще более выраженным изменениям показателей гомеостаза и значительному ухудшению здоровья пациентов.

ПТ основана на использовании комплекса терапевтических подходов и средств, направленных на восстановление указанных выше нарушений гомеостаза, а также на минимизацию последствий этих нарушений, способных негативно влиять на здоровье пациента.

Основы ПТ были заложены еще на заре развития ХТ, когда в процессе изучения ПОП изыскивались и совершенствовались методы и средства для борьбы с ее побочными токсическими проявлениями. Эти изыскания связаны с именем Дэвида А.Карновского (1914-1969), американского онколога, работавшего в отделе экспериментальной химиотерапии Центра онкологии Слоуна-Кэттринга в Нью-Йорке.

В 1948 г он совместно со своими коллегами разработал Шкалу функционального статуса пациентов, получавших ХТ - она состояла из 10 ступеней, по 10 баллов каждая, причем 100 баллов означали "полное здоровье"

пациента, а 0 баллов - смерть. Эта шкала, позже названная "шкалой Карновского", позволяла объективно оценивать функциональное состояние организма пациента, его потенциальную способность перенести ХТ и предусмотреть степень риска возникновения ее осложнений.

Создание этой шкалы стало большим вкладом в развитие медицины вообще, поскольку ее используют не только онкологи, но и врачи других специальностей - с ее помощью можно оценить состояние пациента и его шансы на выздоровление, а также определить оптимальную стратегию лечения и прогнозировать риск развития осложнений от планируемого лечения и т.д.

Значительно позже было решено использовать шкалу Карновского для оценки такой междисциплинарной категории, как "качество жизни" (quality of life) больных ОЗ, ныне используемую во многих областях медицины и, в частности, онкологии.

Напомним, что в медицине по рекомендации ВОЗ нормальным "качеством жизни" (КЖ) надо понимать "тот уровень физического и психического здоровья пациента, который позволяет ему ощущать комфортность пребывания в обычных для него условиях и отражает его способность самостоятельно (без посторонней помощи) удовлетворять все свои потребности и вести привычный активный образ жизни".

Однако, эта категория недостаточно конкретна и требует интерпретации в каждом конкретном случае. Поэтому в конце 60-х гг за "мерило" уровня КЖ были приняты ступени шкалы Карновского. Позднее Европейская кооперативная онкологическая группа (ECOG) и Комитет экспертов ВОЗ преформировали шкалу Карновского в применяемую ныне аналогичную таблицу ВОЗ. Она представлена в таблице 1.

Таблица 1. 5-ти степенная оценка статуса больного (ECOG-WHO)

степени	характеристика состояния
0	Полностью активен, способен выполнять работу, которую осуществлял до болезни, без ограничений.
1	Испытывает трудности при выполнении физической работы. Способен выполнять легкую (сидячую) работу
2	Обслуживает себя полностью, но не способен выполнять работу. Большую часть дня проводит не в постели
3	Обслуживает себя с ограничениями. Более 50% времени проводит лежа.
4	Полная инвалидность. Не способен обслуживать себя, прикован к постели.

На ее основе разработали анкету Европейской организации по исследованию и лечению рака, известную как (EORTC QL questionnaire). Последняя включала 30 вопросов, характеризующих КЖ больных и позволяющих достаточно объективно оценить функциональное состояние их организма и их КЖ.

ПРИНЦИПЫ ПТ. Детализируя принципы ПТ, приходится отметить, что на КЖ пациентов с ОЗ могут повлиять три основные группы факторов, представленных в таблице 2.

Таблица 2. Группы факторов, негативно влияющих на качество жизни онкологических больных

I	ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДЕЙСТВИЕМ ОПУХОЛИ 1. Локальное действие ЗО: структурные нарушения 2. Системное действие ЗО: дезинтеграция гомеостаза 3. Психогенное действие наличия ЗО: дизадаптоз
II	ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ИЗМЕНЕНИЯМИ В ОРГАНИЗМЕ 1. Изменения реактивности и адаптивности 2. Изменения состояния внутренних органов и систем 3. Проявления особенностей "преморбидного фона"
III	ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПОБОЧНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ ЛЕЧЕНИЯ 1. Лучевые реакции (местные и общие) после ЛТ 2. Токсические проявления побочного действия ХТ 3. Последствия гормонотерапии
Сокращения: ЗО -злокачественная опухоль; ЛТ -лучевая терапия; ХТ -химиотерапия	

Первая группа факторов связана с действием ЗО на организм, а также с психологическим стрессом и дизадаптозом, вызванных фактом обнаружения ОЗ и их соматическими последствиями. Эти факторы могут быть устранены или ослаблены только с помощью методов каузальной терапии - ХО, ЛТ и ХТ.

Вторая группа связана с морфо-функциональными изменениями в организме и особенностями преморбидный "фон", детерминированного наличием у пациента сопутствующих хронических заболеваний, оказывающих влияние на течение ЗО и эффективность каузальной терапии. Очевидно, что влияние этих факторов устранимо лишь посредством коррекции имеющихся в организме изменений и путем лечения сопутствующей патологии.

Третья группа факторов непосредственно обусловлена негативными побочными эффектами ЛТ и ХТ, которые были опосредованы усиленной генерацией в организме токсических "свободных радикалов", альтерирующих биомолекулы или гормонотерапии, приводящих к развитию различных сдвигов в биохимическом гомеостазе.

Зная природу этих факторов, следует помнить о возможности взаимного усиления этих действий. И именно усилия, направленные на устранение или, по меньшей мере, ослабление действия этих факторов, признаются главной целью ПТ больных ОЗ, вообще, и составляют ее основное содержание.

Располагая достаточной информацией об этих факторах, можно полагать, что основу ПТ составляет патогенетически обоснованная терапевтическая коррекция гомеостатических сдвигов в организме, являющихся прямым или косвенным

результатом роста в нем ЗО и/или некорректного применения лечебных средств, действующих на ЗО.

Это позволяет отнести ПТ к компонентам патогенетической и, частично, симптоматической фармакотерапии, призванным устранить или ослабить выраженность вторичных проявлений опухолевого процесса и побочного действия собственно противоопухолевого лечения. В итоге, это позволяет восстановить и усилить адаптационный потенциал организма больных ОЗ и, соответственно, уменьшить тягостные ощущения больного и, в итоге, повысить их КЖ.

Кроме того, сам факт проведения ПТ в глазах пациента может приобрести важное значение, играя, при этом, ценную роль, как фактора их психологической поддержки.

ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПТ. Учитывая, что перечень всех возможных показаний к проведению ПТ достаточно велик, мы укажем лишь важнейшие случаи, когда проведение терапии необходимо.

Таковыми являются: 1) лечение болевого синдрома; 2) лечение анорексии и тошнотно-рвотного синдрома; 3) лечение проявлений миелодепрессивного синдрома, включая анемию, лейкоцитопению и тромбоцитопению; 4) коррекция проявлений полисистемно-дистрофического синдрома: снижения массы тела, саркопении (гипотрофия мышц), гиперкальциемия, нарушений водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия, а также метаболических расстройств; 5) коррекция гемодинамических, волевых, реологических и коагулопатических нарушений; 6) лечение проявлений избирательной органной и тканевой токсичности ПОП; 7) лечение эндотоксикозов разного генеза, в том числе, связанных с ХО и наркозом; 8) лечение поздних лучевых реакций; 9) лечение вторичных бактериальных микотических и вирусных инфекций и 10) коррекция соматических последствий психологического дизадаптоза.

ПТ в онкологии носит многокомпонентный характер и ее корректное проведение требует от врача глубоких знаний не только клинической патофизиологии ОЗ и патогенеза регулируемых гомеостатических сдвигов и возможных механизмов их сопряжения между собой, но и ключевых положений интенсивной терапии, анестезиологии и целого ряда других отраслей клинической медицины. Нередко, при проведении ПТ в особых случаях, для решения стратегических вопросов лечения приглашают узкопрофильных консультантов.

Кроме того, поскольку число лекарственных препаратов, используемых для ПТ достаточно велико и постоянно пополняется все новыми и современными типами лекарственных препаратов (и в том числе, с узко селективной активностью), залогом ее успешного проведения является наличие у врача обширных знаний о механизмах их действия и возможных побочных эффектах.

В частности, за последние десятилетия при проведении ПТ, помимо традиционно применяемых в общей и интенсивной терапии анальгетиков, антибиотиков и других лекарственных препаратов, нашли применение и специфические для онкологической клиники лекарственные препараты,

позволяющие эффективно осуществлять коррекцию соответствующих нарушений, регулярно развивающихся у больных ЗО.

Среди них следует упомянуть: новые антиэметические препараты, эффективно купирующие проявления тошнотно-рвотного синдрома; анаболические препараты для борьбы с анорексией и тормозить развитие полисистемно-дистрофического синдрома; препараты эритропоэтина, тромбопоэтина и препараты колинистимулирующих факторов, позволяющие быстро коррегировать лейкоцитопению и предотвращать ее последствия; цито- и гистопротекторные препараты, ослабляющие определенные проявления селективно-токсического действия ПОП или ЛТ на отдельные ткани и органы, а также препараты, активно стимулирующие репаративные процессы, гормональные препараты с широким спектром функциональной активности и др.

Следует особо подчеркнуть, что значение ПТ в общем комплексе лечебных мероприятий в онкологической клинике все более возрастает и ее совершенствованию уделяется все больше внимания. Широкое использование при ее проведении наукоемких биотехнологических лекарственных препаратов, с помощью которых удастся решать основные клинические задачи ПТ, объясняет то, почему финансовые затраты на осуществление ПТ в несколько раз превышают стоимость традиционного "чисто" противоопухолевого лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ. Ниже мы кратко остановимся на вопросах, имеющих наибольшее практическое значение и связанных с современными и перспективными возможностями и общей стратегией применения методов и средств ПТ в онкологии.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ. Принципы купирования болей у больных ОЗ мы здесь не затрагиваем - они детально рассмотрены ниже, в разделе паллиативной помощи.

ДИСТРОФИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (корректнее, полисистемно-дистрофический синдром) охватывает комплекс проявлений заболевания, в основе которого лежат многочисленные взаимосвязанные гомеостатические сдвиги, развившиеся в результате системного действия ЗО на организм (ее "вмешательства" в метаболизм организма и ее конкуренции с нормальными тканями за пластический и, главное, энергетический материалы). Клинически выраженная форма этого синдрома прежде называлась "раковой кахексией".

Первоначальные сдвиги в обмене углеводов запускают и поддерживают по типу "порочного круга" нарушения других типов метаболизма в виде усиления катаболизма сначала жиров, затем белков и сдвигов в водно-электролитном балансе. Это ведет к прогрессирующим сдвигам в функционировании, практически, всех систем и органов и развитию эндотоксикоза, порой, угрожающего жизни больного.

Эти изменения внешне проявляются в форме анорексии, нарастающей потери массы тела и снижения мышечной силы, а также прогрессирующей дистрофии жизненно важных органов (сердце, печень и др.) и сдвигов физиологических показателей, включающих реологические и другие свойства крови.

Особого упоминания заслуживает группа "карциноидных" синдромов, связанных с активной, но зачастую "эктопической" продукцией опухолью

гормонов - около трети пациентов с такими синдромами погибают именно из-за развившихся метаболических нарушений и сердечной недостаточности. Для купирования этих явлений используются гормональные препараты типа сандостатина и др.

Рациональная коррекция многочисленных метаболических сдвигов составляет одну из сложнейших задач клинической онкологии и ПТ, в частности, решить которую в полном объеме даже на современном методическом уровне науки не представляется реальным. Вместе с тем, частично коррекция основных метаболических нарушений вполне осуществима с помощью специально разработанных методов инфузионной и парентеральной заместительной и коррегирующей терапии.

Важное место отводится и борьбе с анорексией, которая у больных ОЗ обусловлена, с одной стороны, общей интоксикацией, а с другой - является следствием развития тошнотно-рвотного синдрома.

Для коррекции анорексии и предотвращения кахексии у больных ОЗ эффективным оказался мегейс (мегестрола ацетат), прием которого восстанавливает аппетит, массу тела и мышечную силу, ощутимо улучшает КЖ. С этой целью применяются биоантиоксиданты, некоторые стероидные гормоны (метилпреднизолон, дексаметазон) и др. За последние годы высокую оценку в борьбе с этими явлениями в онкологической клинике получили меры по нутритивной поддержке пациентов (обеспечение их искусственным питанием).

ТОШНОТНО-РВОТНЫЙ СИНДРОМ - не только проявление общей интоксикации, но и, как правило, обусловлен побочным действием ХТ. Будучи едва ли не самым частым проявлением побочного действия ХТ, он может привести к ряду серьезных последствий.

Длительно сохраняющаяся рвота способна вызвать разрывы в пищеводе и кровотечения или патологические переломы костей. Она может вызвать негативное отношение больных к лечению и даже отказ от ХТ. Такая рвота вызывает анорексию, нарушение питания и снижение массы тела, метаболические нарушения, включая метаболический алкалоз, истощение запасов хлора и калия и потерю внеклеточной жидкости.

Борьба с тошнотой у больных ОЗ, связанных с ХТ, является серьезной задачей, стоящей перед онкологами, поскольку связанное с ней снижение доз ПОП способно значительно снизить ее эффективность. Применение высоких доз традиционных антиэметиков (фенотиазины, метоклопрамид) не только малоэффективно при использовании высокоэметогенных препаратов (платина и др.), но и сопряжено с риском побочных эффектов (экстрапирамидные нарушения и др.).

Возможности антиэметической терапии заметно расширились благодаря появлению мощных препаратов из группы антагонистов серотониновых рецепторов 5-НТ₃, включающих механизмы тошноты и рвоты, связанные с вызванным ПОП выбросом серотонина энтерохромаффиноподобными клетками в слизистую оболочку тонкого кишечника, активирующего афферентные волокна n.vagus и индуцирующего высвобождение серотонина в area postrema, в области дна IV желудочка.

Препараты из групп антагонистов разных гистаминовых и других рецепторов - зофран (одансетрон), китрил (гранисетрон) - новабан (трописетрон), блокируют указанные рецепторы как на периферическом, так и на центральном уровнях и другие препараты.

Будучи мощными антиэметиками, они предотвращают тошноту и рвоту у большей части больных, получающих обычную ХТ и, почти у половины больных, получающих высокоэметогенные препараты платины. Эффективность терапии этими препаратами удастся повысить в еще большей степени, включая в программу кортикостероидный препарат метилпреднизолон. Психогенная, условно-рефлекторная рвота, зачастую, успешно купируется с помощью психотропных средств.

МИЕЛОДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ. Развитие этого синдрома лишь косвенно связан с системным действием ЗО и, в основном, обусловлен побочным действием ХТ и, частично, ЛТ на гемопоэтические клетки костного мозга. Его проявлениями являются: анемия, тромбоцитопения, лейкоцитопения и ассоциированная с ней иммунодепрессия.

Анемия, отмечаемая у большинства больных ОЗ, рассматривается как результат системного действия ЗО, так и побочного действия ПОП или ЛТ на красный росток костного мозга. Анемия сопровождается снижением гематокрита, увеличением в крови дефектных эритроцитов и их незрелых предшественников и ведет к гипоксии и ацидозу на уровне организма (анемико-гипоксический синдром) и глубокой перестройке всего метаболизма, а также изменению работы всех органов и систем.

Коррекция анемии и профилактика гипоксии осуществима, не говоря о малоэффективных в этих случаях препаратах железа, только посредством регулярных переливаний цельной крови или эритроцитарной массы. Но частые гемотрансфузии чреваты перегрузкой организма железом, реакциями на перелитую кровь и, наконец, сопряжены с повышенным риском заражения трансфузионно передающимися вирусами.

Отказаться от регулярных переливаний крови позволяют препараты эритропоэтинов (рекомбона, эпрекса и др.) способные активно стимулировать эритропоэз и повышать насыщение эритроцитов функционально полноценным гемоглобином. Эти препараты ныне широко используются в онкологии для лечения анемий и предотвращения большинства ее последствий.

Тромбоцитопения у больных ЗО отмечается реже лейкопении, хотя ее появление после и, особенно, при проведении ХТ должно привлечь внимание. При ее развитии снижают дозы ПОП или даже останавливают ее проведение.

Прежде коррекция тромбоцитопении была затруднена, но сегодня такая возможность существует благодаря появлению селективных стимуляторов созревания мегакариоцитарных клеток-предшественников. Такие препараты - тромбопэтины, например, ревелейд и др. уже нашли широкое применение в онкологии.

Лейкоцитопения или лейкопения считается результатом миелодепрессивного действия цитостатиков, особенно, при высокодозной ХТ. Она выступает в качестве ведущего фактора, лимитирующего не только дозы вводимых ПОП и

необходимую частоту повторения курсов ХТ, но и саму возможность ее проведения. При этом, с одной стороны, возможности повышения доз ПОП ограничиваются, а с другой стороны, приходится увеличивать интервалы между циклами для восстановления количества в крови лейкоцитов, что, разумеется, приводит к снижению эффективности ХТ.

Следует помнить, что лейкопения и, главное, снижение числа нейтрофилов у больных после ХТ таит в себе серьезную опасность резкого снижения резистентности организма к бактериальной флоре и развития такого тяжелого и опасного осложнения, как генерализованных бактериальных инфекций, условно объединяемых под общей рубрикой "фебрильной нейтропении" (febrile neutropenia).

Применяемые до недавнего времени введению больному лейкоцитарной массы и некоторые препараты (пентоксил, лейкоген и др.) для стимуляции лейкопоза и коррекции лейко- и нейтропении после высокодозной ХТ оказались малоэффективными.

Достаточно быстрая коррекция лейко- и нейтропении возможна только путем применения появившихся в начале 90-х гг XX в рекомбинантных колониестимулирующих факторов (КСФ), наиболее известными из которых являются "нейпоген" (гранулоцитарный КСФ или G-CSF) и "лейкомакс" (гранулоцитарно-макрофагальный КСФ или GM-CSF). Они отличаются быстрым действием (из-за него при передозировке может выявиться дефицит стволовых клеток-предшественников) и позволяют за 3-5 дней добиться нормализации числа лейкоцитов и нейтрофилов в крови.

Заметим, что нейпоген способен стимулировать функцию нейтрофилов и сильно повышать эффективность антибиотикотерапии инфекций, что делает его эффективным средством при уже развившейся фебрильной нейтропении и лечении труднозаживающих гнойных ран.

Иммунодепрессия (ИДС). Будучи одним из характерных проявлений системного действия ЗО, она является и серьезным осложнением ХТ и, реже ЛТ, при которой повреждаются и центральные, и периферические органы иммунной системы.

Известны 2 компонента ИДС: 1) снижение естественной противоопухолевой резистентности (ЕПР) и 2) снижение противoinфекционной устойчивости.

Проявлением первого из них может стать более агрессивное течение ОЗ и неадекватно низкая эффективность методов его лечения, поскольку при угнетении ЕПР в организме формируются условия, благоприятствующие росту ЗО и ее распространению. Проявлением второго компонента ИДС является повышение частоты инфекционных осложнений в форме: а) учащение случаев развития вторичных бактериальных инфекций и 2) реактивации латентных вирусных инфекций.

Проблема коррекции ИДС у больных ЗО актуальна. Стимулировать ЕПР (и активировать отвечающие за ее функции НК-клетки) могут интерфероны и тимозин-альфа1. Стимулировать противoinфекционную устойчивость можно адаптогенными препаратами (жень-шень, ункария и др.) и витаминами А, С и Е,

оказывающими общестимулирующее и умеренное иммуностимулирующее действие.

Борьба со вторичными бактериальными инфекциями у больных ОЗ исключительно важна, поскольку они, будучи частыми и тяжелыми осложнениями ЗО, являются ведущими непосредственными причинами смерти этих больных. Для этой цели широко используется многочисленная группа различных антибиотиков. Для повышения их эффективности при угрозе генерализации инфекций можно применять и нейпоген.

Для лечения вирусных инфекций используют известные противовирусные препараты: против гепатитов В и С, герпеса и ВИЧ.

СИНДРОМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ. Отмечаются у большинства больных ЗО и, почти у всех пациентов с запущенными ЗО, а патология системы кровообращения (СК) является ведущей причиной их смерти, даже, в случаях хороших перспектив на излечение ОЗ.

Патология СК у больных ОЗ может быть последствием локального или системного действия ЗО (кардиомиопатия, перикардиты, застой в малом кругу кровообращения, аритмия, гиперкальциемическая артериальная гипертония и др.). Частой причиной этой патологии у этих больных может стать изменение реологических свойств крови, связанное с коагулопатиями (тромбозы крупных сосудов и др.).

Для коррекции нарушений функций СК используют методы симптоматической терапии. Арсенал современной кардиологии позволяет добиться успеха в целом ряде случаев, применяя диуретики, вазодилаторы, антикоагулянты, антиаритмические и метаболические средства, ослабляющие указанные нарушения.

С другой стороны, сдвиги в СК могут индуцироваться каузальной терапией, при которой органы СК подвергаются дополнительной нагрузке и отрицательному воздействию ПОП, некоторые из которых (антрациклины), обладают кардиотоксическим действием. Надо отметить и способность гормональных препаратов влиять на водно-электролитный обмен, вызывать задержку воды, гиперкальциемию и вести к гипертонии в малом круге кровообращения и отеку легких. Успех в борьбе с кардиотоксичностью ПОП достигнут благодаря препарату "кардиоксан".

ИЗБИРАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗМНАЯ И ТКАНЕВАЯ ТОКСИЧНОСТЬ ПОП. Это проявление тропизма, повреждающего действия ПОП: отличаясь низкой селективностью действия они повреждают не только опухолевые клетки, но и быстро размножающиеся "здоровые" клетки (костного мозга, кишечника, лимфоидные ткани и др.).

Это определяет неизбежность проявления их побочного токсического действия на соответствующие органы и ткани и вызывает осложнения в виде развития патологии в соответствующих органах и быстро пролиферирующих тканях: кроветворных тканях, пищеварительном тракте, эндокринных железах и др. Именно это предопределяет закономерность проявления побочного токсического действия большинства ПОП, особенно после их массивного введения при ХТ.

Среди синдромов "органной" токсичности ХТ, наиболее часто встречаются синдромы миелотоксичности, гастроэнтеротоксичности, кардиотоксичности, нефроуротоксичности, нейротоксичности, гепатотоксичности, дерматотоксичности и синдром резорбции костей.

Развитие таких синдромов токсичности - один из ведущих факторов, определяющих необходимость применения ПТ в процессе ХТ. Важнейшим является применение препаратов, условно объединяемых в группу тканеспецифических "цитопротекторов". И хотя надежды на применение политропного цитопротектора "этиол" (амифостин) оправдались лишь частично, применение нашли препараты из групп: "органопротекторов" (кардиопротекторы, уропротекторы, гепатопротекторы) и "гистопротекторов" (ингибиторы резорбции кости).

Так, применение уже нашли такие цитопротекторы, как уромитексан, предупреждающий развитие "акролеиновых" циститов при терапии ифосфамидом и циклофосфамидом, кардиоксан, снижающий кардиотоксичность доксорубина, лейковорин, обладающий миелопротективным действием и некоторые другие.

Среди проявлений подобной токсичности наиболее сложный механизм имеет дистрофическое (системное) поражение костей в форме синдрома резорбции костей. Он отмечается у многих больных ОЗ и имеет в своей основе нарушения процессов остеогенеза, связанного с активацией остеокластов под действием выделяемых опухолью субстанций (простогландинов, прокатепсина и др.). Он проявляется в виде прогрессирующей декальцинации костей и их резорбции. В итоге возрастает риск патологических переломов и гиперкальциемии, приводящей к разнообразным расстройствам в системе кровообращения. В последние годы для борьбы с этим проявлением заболевания успешно применяют группу препаратов, являющихся ингибиторами резорбции кости (бонефос, ибандронат, аредия и др.) и представляющих собой эффективные средства, позволяющие улучшить качество больных ЗО.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ. Ведущие эксперты считают, что сам факт выявления ОЗ является мощным негативным стрессом для каждого человека, обусловленный убежденностью в неизлечимости болезни, угрожающей тяжелыми последствиями и даже самой смертью.

В такой ситуации психогенные реакции в ответ на психологическую травму могут иметь различную симптоматику, а их частота и выраженность зависят от психологического состояния, в котором находится больной и его психотипа.

Именно комплекс этих реакций, считающийся типичным психическим дизадаптозом, разрушает привычные для пациента стереотипы поведения и ставит его перед серьезной проблемой адаптации к условиям жизни, изменившимися из-за болезни. В этой ситуации рекомендуется проведение суггестивной психотерапии, которая выходит за пределы ПТ и проводится психиатрами или психологами.

Вместе с тем, с позиций ПТ профессиональный интерес представляют соматические последствия такого стресса: гормонально-метаболические расстройства и иммунодепрессия, которые не остаются безразличными для

организма и требуют адекватной коррекции. Именно для их коррекции ПТ предполагает применение препаратов из групп антидепрессантов, адаптогенов, психостимуляторов, седативных препаратов, витаминов и других средств, помогающих преодолевать апатию и депрессию и предотвращать развитие их осложнений.

Изложенное выше не исчерпывает всех показаний к проведению ПТ и лишь отражает ее принципы и возможности проведения в ситуациях, часто возникающих в клинической онкологии.

Надо подчеркнуть, что значение ПТ в общем комплексе лечебных мероприятий в онкологической клинике все более возрастает.

За последние год финансовые затраты на средства ПТ в общем балансе издержек на лечение больных ОЗ возросли во много раз, что связано со все более широким использованием в ПТ наукоемких биотехнологических лекарственных препаратов, применяемых для решения задач ПТ. Поэтому не удивительно, что сегодня стоимость лекарств, используемых в ПТ может в несколько раз превышать стоимость традиционных "чисто" противоопухолевых препаратов.

Очевидно, что современная ПТ, применяемая в онкологии отличается многокомпонентным и многосторонним характером. Имея главную цель, отраженную в ее названии, ПТ требует от врача глубоких познаний не только в клинической и теоретической онкологии, но и во многих смежных с ней областях медицины. Это требование связано с двумя важнейшими обстоятельствами.

Во-первых, в организме онкологического больного и, особенно, в ситуации, когда он подвергается противоопухолевому лечению, обнаруживается целый ряд тесно сопряженных между собой гомеостатических сдвигов, каждый из которых при возможности подлежит надлежащей коррекции и нормализации.

Однако корректное осуществление последней требует ясных представлений об их патогенезе и возможной сопряженности с другими и, в том числе, на первый взгляд, не связанными с ним нарушениями.

Во-вторых, существующий арсенал средств ПТ постоянно пополняется все новыми и современными типами лекарственных препаратов, без знания механизмов действия и возможных побочных эффектов которых их рациональное применение по назначению едва ли возможно.

Оценивая значение ПТ в современной онкологии, можно утверждать, что благодаря успехам в области ПТ современная доктрина клинической онкологии о необходимости радикального лечения ОЗ на основе рационального и комплексного использования всех методов и средств дополнена положениями о важном значении, с одной стороны, последовательного расширения диапазона переносимости пациентами терапевтических воздействий, а с другой стороны, повышения эффективности методов лечения сопутствующей патологии и профилактики или, по крайней мере, ослабления ее возможного влияния на организм больных и/или течение ОЗ.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ

Паллиативная медицина - область медицины, занятая улучшением качества жизни пациентов с прогрессирующими формами хронических заболеваний в ситуациях, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны и продолжительность предполагаемой жизни невелика. Название этимологически связано с латинским существительным *palliativus* - "временно облегчающий, но не излечивающий". Изначально основы этой отрасли были заложены в процессе развития именно клинической онкологии.

Паллиативная медицина формировалась в ответ на часто возникающую ситуацию, когда инкурабельные пациенты в терминальной стадии болезни не получают оптимальной, соответствующей их потребностям медицинской помощи и необходимого ухода в лечебных учреждениях общей медицинской сети.

По определению Всемирного альянса паллиативной помощи "паллиативная помощь, как и поддерживающая терапия, не направлена на лечение основного заболевания, а проводится для облегчения состояния пациентов и включает всеобъемлющую помощь пациентам с неизлечимыми заболеваниями и, в первую очередь, купирование боли и других тягостных для пациента симптомов, а также решение психологических и духовных проблем". Но в отличие от поддерживающей терапии, паллиативная помощь предоставляется, главным образом, только инкурабельным пациентам с далеко зашедшими ЗО.

Паллиативная помощь включает всеобъемлющую заботу о пациентах с поздними стадиями прогрессирующего заболевания и небольшим предполагаемым сроком жизни. При этом основное внимание уделяется облегчению и предотвращению страданий пациентов, поддержанию качества их жизни на максимально возможном уровне.

Главный принцип паллиативной помощи: всегда существуют способы повысить качество жизни больного и облегчить его страдания (в течение оставшегося времени) вне зависимости от характера и тяжести заболевания, а также от препаратов, используемых для лечения пациента.

В отличие от ПТ, которая оказывается больным ОЗ только в стационаре и включает лишь медикаментозное лечение (без участия психологов и других специалистов), оказание паллиативной помощи не ограничивается какими-либо условиями или границами.

Паллиативная помощь исключает эвтаназию и не допускает самоубийство при посредничестве врача (просьбы о содействии в самоубийстве обычно указывают на необходимость улучшения ухода за больным). При развитой современной междисциплинарной паллиативной помощи пациенты не должны испытывать непереносимых физических страданий и психосоциальных проблем (на этом фоне чаще всего возникают просьбы об эвтаназии). Методы современной паллиативной помощи должны дополнять лечебные мероприятия, что обеспечит действенный и целостный подход, значительно улучшающий результаты специального лечения основного заболевания.

Приемы паллиативной помощи используют различные медицинские специалисты при лечении хронической боли, купировании других симптомов заболевания и особенно при учете психологических аспектов терапии. В связи с этим современная паллиативная медицина предъявляет высокие требования к врачам и средним медицинским работникам, включающие специальные знания в различных областях клинической медицины, фармакологии и психотерапии, а также владение навыками межличностного общения.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ. Впечатляющий прогресс, отмечаемый за последние десятилетия, ознаменовался успехами в лечении целого ряда прежде неизлечимых болезней, выразившегося не только в снижении показателей летальности таких больных, но в значительном увеличении их жизни.

Эта закономерность проявилась, в первую очередь, в отношении больных ЗО и неврологическими болезнями, а также ВИЧ-инфицированных лиц. В итоге, значительно возросло число больных с длительно текущими хроническими заболеваниями. Это привело к тому, что число людей, страдающих прогрессирующими хроническими заболеваниями и пациентов, нуждающихся в консультации специалиста по паллиативной медицине растет из года в год.

С другой стороны, по мере расширения возможностей паллиативной помощи и показаний к ней, увеличивается количество пациентов, нуждающихся в проведении каких-либо паллиативных мероприятий. Это происходит вследствие прогрессирования хронического заболевания или развития побочных эффектов активного лечения.

Такие пациенты требуют к себе особого уважения, к ним и их правам, индивидуальности и культурным особенностям. Поэтому медицинским работникам рекомендуют соблюдать ряд правил: 1) проявлять внимание ко всем нуждам пациента и выражать им сочувствие и сострадание; 2) оказывать всяческую помощь в решении любых проблем пациента; 3) воспринимать каждого пациента как личность, а не как клинический случай; 4) уважать этнические, расовые, религиозные и другие культурные приоритеты больного; 5) учитывать пожелания пациента при выборе места пребывания и 6) соблюдать принципы медицинской деонтологии.

Лечение и забота должны состоять из свободного общения, качественного ухода, непрерывного оказания адекватной всесторонней медицинской помощи, предотвращения кризисов, систематической оценки состояния пациента и помощи его родственникам или близким.

Необходимые условия при оказании паллиативной помощи: 1) установление взаимодействия больного и врача (или медсестры) в ходе лечения; 2) лечение в соответствии со стадией болезни и прогнозом без проведения неоправданных или рискованных инвазивных вмешательств; 3) всестороннее внимание к любым аспектам жизни и состоянию больного; 4) оказание наилучшей медицинской помощи и уход за пациентом в соответствии с обстоятельствами и имеющимися возможностями; 5) недопущение резких, несогласованных и неоправданных изменений программы лечения; 6) координация работы комплексной бригады специалистов для оказания оптимальной помощи и максимальной поддержки

больному и его близким; 7) непрерывный систематический контроль симптомов, назначение поддерживающей терапии от первого обращения до момента смерти (особенно при смене места пребывания пациента); 8) планирование профилактических мероприятий по предотвращению или уменьшению тяжести возможных клинических, психологических и социальных проблем в процессе прогрессирования заболевания и 9) оказание психологической и социальной поддержки родственникам и близким пациента.

При этом особое место отводится и медицинской деонтологии - учению о долге медика перед больным и обществом, причем, главным образом, о нравственных аспектах общения врача и пациента. Место деонтологии в процессе лечения и, в том числе, в ходе предоставления паллиативной помощи инкурабельным больным отражено в «Международном кодексе медицинской этики», принятом в 1983 г и в этических принципах "Женевской декларации Всемирной медицинской ассоциации", одобренной в 1994 г.

Как отрасль клинической медицины, паллиативная медицина, начала развиваться в конце 80-х гг XX в, а базисом этой отрасли стал стык онкологии и анестезиологии, поскольку главной задачей такой помощи изначально было лечение хронической боли онкологического генеза.

Поэтому первые специалисты в области паллиативной медицины были анестезиологи, работавшие в онкологических учреждениях. Однако, со временем в большинстве развитых стран мира были организованы небольшие специализированные учреждения, занимавшиеся не только вопросом обезболивания, но и оказывающие инкурабельным больным ОЗ всестороннюю паллиативную помощь.

Оптимальной, с организационной точки зрения, стала организация в крупных городах сети специализированных учреждений, в которых оказывается комплексная паллиативная помощь инкурабельным больным. Они называются "хосписами", а оказываемая в них паллиативная помощь определена, как комплекс медицинских процедур, направленных против боли и на облегчение других тяжелых проявлений заболевания, с целью улучшения качества жизни неизлечимо больных.

В Азербайджане принципы оказания паллиативной помощи развивались на принципах, которых придерживались ведущие онкологические учреждения в бывшем СССР. В тот период больных с далеко зашедшими ОЗ, имеющих выраженный болевой синдром и при невозможности обеспечить лечение и уход в домашних условиях предписывалось обязательно госпитализировать в стационары лечебно-профилактических учреждений.

Вместе с тем, за минувшие тридцать лет эти принципы обогатились прогрессивными подходами, заимствованными из опыта развитых стран - с 2002 г в клинике Национального центра онкологии (НЦО) г.Баку были подготовлены специалисты и на базе отделений интенсивной терапии созданы необходимые условия для успешного купирования болевого синдрома. Позднее, здесь же, аналогичные условия и специальный кабинет были созданы и для предоставления больным и других видов паллиативной помощи.

В нашей стране паллиативная помощь больным ОЗ оказывается в НЦО, а в некоторых ситуациях и в учреждениях общей медицинской сети (как на базе клинических отделений, так и дневного стационара). В отдельных случаях она может быть оказана даже в амбулаторных условиях (на дому при вызове медицинского работника кабинета паллиативной помощи и выездной бригады скорой помощи).

В нашей стране устойчиво работающие хосписы пока не созданы - их функцию частично выполняют отдельные дома престарелых, в штат которых включены врачи и медсестры. Решается ряд задач, связанных с разработкой национальной концепции развития паллиативной медицинской помощи больным ОЗ, реализация которой требует: а) уточнения законодательных актов, регулирующих оказания такой помощи больным ОЗ; б) организацию учреждений, специализированных на оказании такой помощи и в) создания условий для подготовки медицинских кадров; г) подготовку и издание литературы, посвященной проблемам паллиативной помощи пациентам различного профиля и д) интеграцию научно-методологических разработок в области паллиативной медицины в практическое здравоохранение.

В известном плане по ведению противораковой борьбы в глобальном масштабе, разработанном ВОЗ и МАИР в 1995 г всестороннее развитие и расширение возможностей паллиативной помощи больным ОЗ признано одной из приоритетных задач этого плана.

По определению ВОЗ "предоставление пациентам системы поддержки, позволяющей вести максимально возможную активную жизнь до самой смерти - одна из основных задач паллиативной медицины". При этой неотъемлемой составляющей паллиативной помощи является реабилитация больных, направленная на поддержание их полноценной жизни. Поэтому в задачи реабилитации входят восстановление функционирования и адаптация к изменившимся условиям.

Таким образом, максимально возможное увеличение психологического и физического потенциала пациентов следует рассматривать как реальную цель при лечении любой стадии прогрессирующего ОЗ.

Финансирование паллиативной помощи больным ОЗ в большинстве случаев осуществляется в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, вообще. Наряду с этим, затраты на паллиативную помощь больным ОЗ могут покрываться бюджетом страховой медицины и за счет гуманитарных организаций и фондов, а также и добровольных пожертвований отдельных граждан.

Оказание паллиативной помощи неизлечимым больным должно осуществляться врачами, прошедшими специальное обучение по оказанию такой помощи на основе взаимодействия с врачами-специалистами по профилю основного заболевания пациента (онкологами) и врачами других специальностей.

Даже в обозримой перспективе следует ожидать быстрого роста контингента пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи и соответственно медицинских кадров, способных обеспечить такую помощь. Поэтому

послевузовская подготовка врачебных кадров для системы паллиативной медицинской помощи приобретает важное значение.

Дискуссия о приоритете паллиативной медицины в реабилитации инкурабельных больных с онкологической патологией все еще продолжается, а целесообразность реабилитации пациентов с ОЗ признается не всеми. Но большинство экспертов полагает, что в паллиативной помощи необходимо сочетать паллиативную и реабилитационную составляющие, поскольку ОЗ рассматриваются как хронические заболевания - поэтому пациенты с ОЗ нуждаются в мультипрофессиональном подходе, учитывающем их сложные и разнообразные проблемы, что доказывает обоснованность приведенного выше утверждения.

ГЛАВНЫЕ ЗАДАЧИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ. Функции паллиативной помощи в онкологии разнообразны, но важнейшими из них остаются усилия врачей и медицинского персонала, направленные на обеспечение пациентов такой медицинской помощью, которая направлена на коррекцию наиболее неблагоприятных проявлений как самого ОЗ, так и его осложнений и ятрогенных нарушений, возникших в процессе их лечения и причиняющих им страдания.

Очевидно, что таковыми являются болевой синдром и ряд прогрессирующих нарушений гомеостаза и дисфункции важнейших систем, оказывающих негативное влияние на жизнеспособность пациентов и ухудшающих качество их жизни.

ВАЖНЕЙШИЕ ПРИНЦИПЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ОНКОЛОГИИ.

Борьба с болью до сих пор остается весьма серьезной и не до конца решенной проблемой здравоохранения во всем мире, а алгология (учение о боли и методах борьбы с ней) уже интенсивно развивается более 50 лет (Международная ассоциация по изучению боли была создана еще в 1973 г), а ее достижения активно используются в разных областях медицины.

Однако, значение этой проблемы особенно велико в онкологии, поскольку значительная часть пациентов с ОЗ страдает от боли, а ее купирование составляет одну из важнейших задач не только в области паллиативной помощи больным с ЗО, но и в клинической онкологии, в целом.

Не удивительно, что согласно официальной позиции ВОЗ "борьба с болью (наряду профилактикой, ранним выявлением и лечением ЗО) является одной из приоритетных задач программы по глобальной борьбе с раком. Считается, что почти каждый третий онкологический больной не получает адекватного обезболивания даже в экономически развитых странах, а в терминальном периоде до 90% онкологических пациентов считают боль основным симптомом ОЗ.

Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли "Боль - это неприятное сенсорное ощущение, связанное с имеющимся или возможным повреждением тканей. Боль - телесное ощущение, но также сопровождается тяжелым эмоциональным переживанием. Боль всегда субъективна, человек воспринимает ее через переживания, связанные с получением какого-либо повреждения в ранние годы его жизни".

Традиционно говорят об эпизодической и перманентной боли, но если периоды возникновения продолжительной боли все же ограничены во времени (до нескольких дней), то говорят об остром болевом синдроме (ОБС), при котором интенсивность боли снижается по мере устранения причин ее возникновения. Типичный ОБС отмечается после травмы или хирургической операции.

Если период существования и регулярного возникновения боли без устранения вызвавшей ее причины продолжается более 3 месяцев, то говорят о хроническом болевом синдроме (ХБС).

Последний отличается от ОБС не только большей продолжительностью, но и большей интенсивностью, подверженностью влиянию тяжелых психоэмоциональных факторов и сложностью лечения, связанному с многообразием причин и механизмов формирования. Некоторые исследователи считают ХБС самостоятельным заболеванием. Это позиция обоснована, поскольку средняя продолжительность жизни онкологических больных с ХБС может достигать 12 месяцев.

ХБС сопутствует практически всем ЗО и, особенно, в стадии их генерализации и отягощает жизнь больного и окружающих его людей, представляет серьезную медико-социальную проблему.

Болевые ощущения у пациентов с ОЗ не являются временными или преходящими, в них нет биологической целесообразности, они не играют

защитной роли. Напротив, возникшая у такого пациента боль ведет к дезадаптации, к ненормальному восприятию болевых и неболевых импульсов и сопровождается различными нарушениями функции центральной нервной системы.

Клиническая картина зависит от локализации очага поражения, конституции больного, его психики и индивидуального порога болевой чувствительности, предшествующего болевого опыта.

Патогенез ХБС, достаточно сложный, сам по себе, у больных ЗО имеет ряд особенностей: практически у 70% пациентов с распространенными ЗО выявляют более 2, а у части этих больных, 3, типа болевых ощущений, отличающих как по механизмам формирования, так и по проявлениям. Поэтому при диагностике ХБС и его терапии необходимо применять дифференцированный подход.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ БОЛИ И ЕЕ ТИПЫ. Не вдаваясь в детали весьма сложного по механизмам развития этиопатогенеза боли, как таковой, ограничимся рассмотрением основных моментов этой проблемы.

Главная причина возникновения боли - раздражение ноцицепторов (специфических болевых рецепторов), которые расположены во всех органах и тканях: в коже, слизистых оболочках, стенках полых органов, капсулах паренхиматозных органов, костях и надкостнице.

Повреждения, сопровождающие рост ЗО, связаны с деструкцией клеточных мембран, в результате этого запускается цепь гистохимических реакций с высвобождением "тканевых аллогенов", к числу которых сегодня относят более 30 различных субстанций (простагландин Е₂, гистамин, серотонин, ионы калия и водорода, молекулы оксида азота и другие биоактивные вещества).

В патологическом очаге активируются и "плазменные аллогены", поступающие из крови (брадикинин и каллидин). Как плазменные, так и тканевые аллогены (в сумме это "воспалительные аллогены") воздействуют на ноцицепторы, резко повышая их чувствительность и способность генерировать центростремительные болевые импульсы.

По афферентным нервным волокнам болевой импульс поступает в задние рога спинного мозга и, далее, по спиноталамическому тракту - в вышележащие отделы головного мозга и ядра таламуса. В итоге, вся сенсорная болевая информация поступает в нейроны серого вещества проекционных зон коры больших полушарий, где и происходят ее обобщение, обработка и анализ, после чего организм осознает боль и степень опасности произошедшего повреждения. Учитывая, что этот вид боли "зарождается" в ноцицепторах и является адекватной физиологической реакцией на повреждающее воздействие, ее называют "ноцицептивной".

Особенность формирования такой боли у больных ЗО состоит в том, что помимо воспалительных аллогенов, на ноцицепторы действуют специфические опухолевые факторы (фактор некроза опухоли, интер-лейуины, другие простагландины, эндотелин, внеклеточные ионы водорода Н⁺ и др.) - это усиливает афферентный поток болевых импульсов и болевые ощущения.

Ноцицептивную боль клиницисты условно подразделяют на: 1) соматическую боль (при поражении костей и суставов; спазме скелетных мышц; повреждении

сухожилий и связок; прорастание в мягкие ткани (кожу, подкожную клетчатку) и 2) висцеральную боль (при повреждении внутренних органов; растяжении полых и капсул паренхиматозных органов; повреждении серозных оболочек, при гидротораксе, асците; при кишечной непроходимости; компрессии кровеносных и лимфатических сосудов).

Однако, помимо ноцицептивной боли, выделяют еще два типа боли: 1) нейропатическую, обусловленную непосредственным поражением структур самой нервной системы и 2) психогенную, опосредованно обусловленную сильными эмоциональными изменениями, оказывающими влияние на работу вегетативной нервной системы.

Нейропатическая (или деафферентационная) боль имеет принципиальное отличие от ноцицептивной боли, у больных ЗО может возникать как результат повреждений элементов самой нервной системы на самых разных уровнях - от рецепторного аппарата до нейронов коры головного мозга.

Дисфункция нервной системы может быть вызвана повреждением головного и спинного мозга (центральная нейропатия) или повреждением корешков спинномозговых нервов, нервных сплетений или периферических нервов (периферическая нейропатия). Однако, у больных ОЗ нейропатическая боль чаще всего гетерогенна и может иметь одновременно несколько причин: чаще компрессия нервов, реже их деафферентационное повреждение нервов и лишь иногда симпатически усиленная боль (5%).

Такая боль является результатом либо прогрессирующего сдавливания нервных структур опухолью, либо ее прорастания (инфильтрации этих структур). ЗО, неудержимо увеличиваясь в объеме, могут сдавливать периферические нервы, либо прорасти в нервные сплетения, корешки и ветви периферических нервов, вызывая боль и нарушая сенсорную и моторную функции.

Длительно существующие опухолевая компрессия или инфильтрация нервных структур, приводит к повреждению волокон нерва, вызывая дегенеративные изменения и деафферентацию (централизацию) боли. У небольшой части пациентов с нейропатической болью, ЗО, поражая нервные сплетения, вызывает симпатически усиленную боль - каузалгию, которая проявляется локальной вазодилатацией, гипертермией, повышенным потоотделением, трофическими расстройствами, извращенными сенсорными реакциями.

Нейропатическая боль при ОЗ может возникнуть в результате: а) опухолевых повреждений центральных структур нервной системы и периферических нервов; б) осложнений опухолевого процесса (патологические переломы, изъязвления, лимфостаз и др.); в) осложнений противоопухолевого лечения (оперативного, химио- или лучевой терапии) и г) системных метаболических нарушений (неопластических и паранеопластических).

Особенностью нейропатической боли у больных ЗО состоит в том, что локализация болевых ощущений может не совпадать с областью иннервации соответствующего нерва (или дерматома) и, скорее, зависит от паттерна симпатической иннервации соответствующего сосудистого пучка.

Нейропатическая боль у больных ОЗ - особо тяжелое страдание, протекающее с разнообразной неврологической симптоматикой, в которой присутствуют как симптомы усиления чувствительности (жгучая или прострельная боль высокой интенсивности, гиперестезия, гипералгезия, интенсивная боль в ответ на неболевое раздражение), так и симптомы выпадения или ослабления сенсорных ощущений (гипалгезия, аналгезия). Такие боли, плохо купирующиеся наркотическими анальгетиками, изнуряют пациентов и могут провоцировать депрессию.

Психогенная боль возникает в ответ на индивидуальное эмоционально значимое переживание (депрессия, стресс, страх, истерия, боль, галлюцинации и т.п.). Эти эмоциональные проявления могут вызывать изменения в симпатoadреналовой системе, системе выработки гипофизарных гормонов, что ведет к дисбалансу в работе висцеральных систем.

С клинической точки зрения можно говорить о следующих основных причинах развития болевых синдромов у больных ОЗ: 1) при осложнениях опухолевого процесса (патологический перелом, некроз, изъязвление, инфицирование тканей и органов, тромбоз); 2) при паранеопластических синдромах (артро-, нейро-и миопатии); 3) как следствие астенизации (пролежни, трофические язвы, запор); 4) на фоне консервативного противоопухолевого лечения; 5) при осложнениях хирургического лечения рака (фантомная боль, боли при спайках, рубцах, отеках); 6) при осложнениях химиотерапии (мукозиты, полинейропатия, генерализованная миалгия, асептический некроз, артралгия) и 7) при реакциях и осложнениях лучевой терапии (поражение кожи и слизистых оболочек, костей, фиброз, неврит, плексит, миелопатия и др.).

Здесь же отметим, что у больных с генерализацией ЗО может одновременно наблюдаться несколько причин и типов боли (смешанные боли), дифференциальная диагностика которых бывает затруднена. Поэтому патофизиологическая классификация боли у пациентов ОЗ условна, так как ЗО при прогрессировании затрагивают различные органы и системы.

Таким образом, болевой синдром опухолевого генеза разнообразен как по причинам, так и по клиническим проявлениям, а главное, не имеет каких-либо специфических черт, кроме постоянства и прогрессирующего характера. Это определяет необходимость его ранней диагностики и комплексного лечения.

Важной задачей системы контроля за болью является разработка и совершенствование подходов к оценке интенсивности боли (алгометрия) и эффективности болеутоления (анальгезиметрия).

Измерить и стандартизировать боль трудно, прежде всего, потому, что боль - это субъективное чувство, которое невозможно выразить количественно во всей полноте ощущений и сегодня пока не существует простых и доступных для использования в практике методов объективной оценки боли.

Поэтому силу болевых ощущений определяют с помощью специальной (вербальной, словесной) оценки, основанной на выделении 5 градаций интенсивности боли: 0 баллов - боли нет; 1 балл - слабая боль; 2 балла - умеренная (средняя) боль; 3 балла - сильная боль и 4 балла - нестерпимая боль.

При оценке ХБС ориентируются, в первую очередь, на субъективные ощущения больного, если он контактен и достаточно критичен к своему

состоянию. Для оценки состояния онкологического пациента с ХБС следует учитывать: а) тактику проводимой противоопухолевой терапии; б) биологические особенности роста ЗО и связь их с ХБС; в) нарушения функции органов и систем, влияющих на активность больного и качество жизни; г) психосоциальные факторы и д) психологическое состояние пациента (уровень тревоги, настроение, культурный уровень, коммуникабельность, болевой порог).

Для детальной оценки применяют комплекс критериев Международной ассоциации по изучению боли, включающий учет социальной активности, профессиональной деятельности, духовности, сексуальных функций, удовлетворенности лечением.

У больных с запущенными ОЗ нередко наблюдают различные симптомы, связанные с нарушением функции пищеварительных органов (тошнота, рвота, сухость во рту, запор, головокружение, слабость и др.). Эти симптомы следует регистрировать до начала обезболивающей терапии или ее коррекции, так как многие из них походят на симптомы, вызываемые разными анальгетическими препаратами.

Применение у больных с ЗО сложных, особенно инвазивных, исследований считают оправданным лишь в том случае, если они положительно влияют на состояние больных или могут способствовать определению оптимальной тактики обезболивания и паллиативной терапии. Проведение таких исследований с научными целями ВОЗ считает негуманным.

На основании данных диагностики устанавливают причину, тип, интенсивность ХБС, локализацию боли, сопутствующие осложнения и возможные психические нарушения и назначают анальгетическую и адъювантную терапию.

Многосторонний подход к ХБС требует оценки психосоциального статуса. Следует учитывать мотивации и способность больного к социально полезной деятельности, самообслуживанию, коммуникабельность. В отдельных случаях необходима помощь психиатра. Некоторые малые симптомы (депрессия, тошнота, беспокойство) могут быть облегчены только психологическим воздействием и разъяснениями.

СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ С ЗО. Этиотропным действием в отношении боли у больных ОЗ обладают консервативная противоопухолевая терапия (химиотерапия и лучевая терапия) - ее эффективность почти сразу отражается на снижении интенсивности боли.

При химиотерапии часто происходит ослабление боли, которое возникает вследствие уменьшения размеров ЗО, противовоспалительного эффекта и блокады болевых нейротрансмиттеров. Лучевая терапия также может ослабить боли, обусловленные ростом ЗО и часто применяется для купирования болей при метастазах в кости, головной мозг, лимфатические узлы, эпидуральное пространство и сплетения. Наименьший эффект лучевая и химиотерапии оказывают при нейропатической боли.

Однако, надо иметь ввиду, что данные способы лечения могут, сами по себе, способствовать появлению или усилению болевого синдрома из-за появления

осложнений (после лучевой терапии - постлучевая невралгия, эзофагит и другие осложнения, после химиотерапии - нейропатия, миалгия).

С учетом сказанного следует признать, что основной и наиболее эффективный метод контроля ХБС у больных с ОЗ - фармакотерапия, которая основана на рациональном применении обезболивающих лекарственных препаратов (анальгетиков).

Сохраняется традиционное разделение всех обезболивающих лекарственных средств на 2 группы: 1) наркотические анальгетики (центральные) и 2) ненаркотические анальгетики (периферические).

С 1989 г по предложению экспертов ВОЗ наркотические анальгетики стали называть "опиатами", поскольку источником их получения является сок опийного мака, а синтетические анальгетики, близкие по фармакологическому эффекту к опиатам - "опиоидами" (т.е. опиатоподобными). Опиаты и опиоиды являются основным средством лечения сильных болевых синдромов в разных областях медицины, как и в онкологии. К ним относят морфин, кодеин, омнопон, фентанил и ряд других.

За единицу анальгетического эффекта принимается морфин; самым сильным считается фентанил (в 100 раз сильнее морфина), а самым слабым - трамадол (в 10 раз слабее морфина)

Ненаркотические анальгетики представлены препаратами из нескольких групп (производные пирозолона - аналгин и др.; производные анилина - парацетамол и др.; ингибиторы циклооксигеназы - ибупрофен, диклофенак и др.; производные антраниловой кислоты - пироксикам и др. Все эти препараты условно объединяются под общим названием "нестероидных противовоспалительных средств" (НПВС)

Анальгетики выпускаются и используются в нескольких лекарственных формах - в виде растворов для инъекций и в форме различных таблеток для приема внутрь. Сильнодействующие анальгетики выпускаются и в форме пластырей для наружного применения, позволяющих обеспечить длительный эффект за счет пролонгированного (дюрантного) поступления (всасывания) препарата в кровь.

Наконец, помимо анальгетиков при лечении ХБС у больных ОЗ часто применяют и другие средства, которые позволяют оптимизировать лечение с учетом причины и характера боли. Эти средства объединяют под названием "адъювантные препараты".

В различных клинических ситуациях в качестве адъювантных могут применяться: глюкокортикоидные гормоны (дексаметазон, преднизолон и др.); антидепрессанты (трициклические и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (амитриптилин, дулоксетин, венлафаксин); противосудорожные (габапентин, прегабалин); бисфосфонаты (аредиа, бонефос и др.); спазмолитики (дротаверин и др.); транквилизаторы (реланиум, тазепам и др.) и нейролептики (галоперидол, эглонил и др.).

При лечении ноцицептивной (соматической и висцеральной) боли слабой интенсивности назначают ненаркотические анальгетики (парацетамол и др.). Но при их назначении следует помнить о противопоказаниях и ограничениях к их

применению и особенно у ослабленных пациентов, после проведения им химиотерапии и лучевой терапии.

При нейропатической боли неопиоидные и даже опиоидные анальгетики малоэффективны. Поэтому используют препараты, снижающие возбудимость нервных структур и устраняющие гипералгезию и другие сенсорные расстройства. Сегодня предпочтение отдают современным антиконвульсантам - габапентину или прегабалину, которые в Европейских рекомендациях по терапии нейропатической боли в 2006 г были отнесены к препаратам 1-й линии. Их высокая эффективность у больных ОЗ подтверждена в рандомизированных исследованиях.

НПВС назначают при появлении самых ранних болевых симптомов, если они обусловлены повреждением или воспалением тканей. Выбирают анальгетики с наилучшим балансом эффективности и токсичности. Этому требованию удовлетворяют лорноксикам, кетопрофен и диклофенак. Их важное преимущество - низкая гепатотоксичность и нефротоксичность.

ПРИНЦИПЫ И ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ ХБС. Выбор препаратов для лечения ХБС предопределяется характером решаемой задачи. При этом целесообразно исходить из рекомендаций экспертов ВОЗ, которые приведены ниже.

1. Анальгетики подбирают "по восходящей", ступенчато от более слабого к более сильному.

2. Дозу анальгетика подбирают индивидуально, увеличивая ее "по нарастающей", т.е. по мере нарастания боли. Эффективной дозой анальгетика считают такую, которая адекватно снижает боль на приемлемый период времени (более 4-6 часов).

3. Анальгетики назначают не "по требованию больного", а "по часам", т.е., определив время действия анальгетика. Лучше предупредить боль, а не бороться с ней после ее возникновения: препараты назначают за 15-20 минут до ожидаемого эпизода (период) боли.

4. Дозу анальгетиков увеличивают в зависимости от времени суток (вечером, ночью) или при других усиливающих боль обстоятельствах (например, при движении).

5. Предпочтение стараются отдавать неинвазивному приему препаратов (per os, per rectum, под язык), т.к. инъекции тоже являются источником боли; больной становится зависимым от персонала, производящего инъекции, что ухудшает качество его жизни.

6. Активно назначают ко-анальгетики и адъювантные средства, усиливающие действие анальгетиков, устраняющие их побочные эффекты и другие мучительные симптомы. Эффект лечения оценивают сразу, с целью своевременной коррекции назначений.

7. Длительная терапия ХБС должна осуществляться современными, в основном, неинвазивными, безопасными удобными средствами пролонгированного действия. При недостаточном эффекте лечения можно использовать инвазивные методы (регионарная блокада, химическая денервация и др.), но в условиях специализированных учреждений.

В большинстве стран придерживаются предложенной экспертами ВОЗ (1989 г) стратегии фармакотерапии онкологической боли, основанной на градированном применении ненаркотических анальгетиков, слабо- и сильнодействующих опиатов. Рекомендуются 3-х ступенчатая программа ("лестница обезболивания"). Основа подхода состоит в последовательном, ступенчатом применении анальгетиков возрастающей силы действия по мере нарастания боли.

К 1-й ступени "лестницы обезболивания" относят НПВС неселективного и селективного действия (ацетилсалициловая кислота, диклофенак, кетопрофен, лорноксикам, нимесулид, мелоксикам и др.), ингибирующие продукцию простагландинов в периферических тканях, а также парацетамол, тормозящий синтез простагландинов на уровне спинальных структур.

Препараты неопиоидного ряда 1-й ступени назначают при слабой боли, поддающейся действию этих анальгетиков. При усилении боли и неэффективности этих препаратов переходят на терапию опиоидами, сохраняя прежнюю неопиоидную терапию. В целом такая тактика позволяет достичь удовлетворительного эффекта у большинства (до 90%) больных с ОЗ. Неэффективность фармакотерапии 1-й ступени служит показанием к переходу на 2-ю ступень.

2-я ступень представлена "мягкими" опиоидными анальгетиками, преимущественно в таблетированной форме. Это кодеин, трамадол или просидол. Переходным этапом может быть назначение одного из комбинированных препаратов, содержащих слабый опиоидный анальгетик в низкой дозе: 1) парацетамол и трамадол или 2) парацетамол, кодеин и кофеин (в одной таблетке).

3-я ступень обезболивания - сильные опиоидные анальгетики: фентанил, морфин, бупренорфином, предпочтительно в виде таблеток продленного действия или обезболивающих пластырей. Морфин назначают дважды в сутки, а пластыри меняют каждые 72 часа - их назначают при боли, не устраняемой препаратами 1- и 2-й ступени.

Болеутоляющий эффект препаратов 2-й и 3-й ступени лестницы обезболивания реализуется через воздействие на опиатные рецепторы. Они расположены в ЦНС и являются также точкой приложения эндорфинов - собственных опиоидных пептидов, выработка которых в случае продолжительных интенсивных болей недостаточна.

Назначение опиоидов пациентам с интенсивной хронической болью в первую очередь преследует цель улучшить качество жизни пациента, поэтому при выборе препарата желательно использовать неинвазивные и пролонгированные формы.

После аппликации обезболивающего пластыря концентрация анальгетика в плазме крови плавно нарастает в течение первых суток и стабилизируется на определенном уровне. Отсутствие пика концентрации при трансдермальном введении уменьшает риск депрессии дыхания и наркогенность препарата.

В соответствии со степенью выраженности боли, с учетом сопутствующих заболеваний, предшествующей терапии, клинических и биохимических показателей крови пациенту назначают препарат одной из ступеней лестницы

обезболивания ВОЗ, при необходимости анальгезирующее действие усиливают адъювантными средствами.

Применение опиоидов в медицинских учреждениях часто ограничивают из-за контроля этих препаратов, включенных в список наркотических средств. Этого не должно происходить, если анальгетик необходим пациенту для облегчения боли, не устраняемой неопиоидными препаратами.

Боль у каждого онкологического больного должна быть устранена или облегчена. Нужный результат можно всегда получить при внимательной оценке причин ХБС и правильном выборе анальгетических и вспомогательных средств.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ТИПОВЫХ СИТУАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С ЗО

Прогрессирование ОЗ и возможность распространение опухолевого процесса практически на все органы и системы позволяет говорить о том, что необходимость оказания паллиативной помощи больным с ЗО может быть связана поражением любого органа и функциональной системы. Однако, в большинстве случаев в патологический процесс вовлекается лишь определенный ряд систем, органов и тканей и, в первую очередь, дыхательная, пищеварительная и мочевыделительная системы, а также центральная нервная система. Кроме того, больные ЗО часто нуждаются в помощи в связи с нарушением метаболических и циркуляторных процессов.

Не ставя перед собой задачу систематического рассмотрения всех возможных ситуаций, в которых возникает необходимость оказания паллиативной помощи конкретным больным ОЗ, ниже мы рассмотрим только в качестве типичных примеров оказание такой помощи при нескольких часто возникающих клинических случаях.

В первую очередь, коснемся сути паллиативной помощи при часто отмечаемых среди больных ОЗ раковой кахексии, астении, кожном зуде и лимфедеме. Далее, кратко охарактеризуем особенности паллиативной помощи при нескольких нарушениях функций важнейших систем жизнеобеспечения.

* * *

КАХЕКСИЯ, как высшая форма проявления полисистемно-дистрофического синдрома. Она характеризуется уменьшением массы тела за счет диспропорционального истощения мышечной и жировой ткани. Она распространена среди около 60% больных ОЗ в терминальной фазе и прямо или косвенно является причиной смерти до 20% больных.

Для коррекции кахексии используют 3 главных подхода: 1) немедикаментозные меры на основе корректного питания больных; 2) нутритивная поддержка с использованием энергетических смесей для перорального питания и растворов нутриентов для парентерального введения и 3) лекарственная терапия.

Для увеличения массы тела могут быть назначены: прямой ингибитор уиквитина ингибирования протеасом (бортезомиб) или ингибитор NF-kB (эйкозопентаеновая кислота). Для стабилизации массы тела назначают инфликсимаб (препарат моноклональных антител к ФНОальфа), для увеличения массы тела за счет жировой ткани - стимулятор аппетита (мегэстрол) и анаболические андрогены. Применяют и ингибитор глюкозо-лактатного цикла Кори (гидразина сульфат).

АСТЕНИЯ. Патологическая слабость - стойкое субъективное ощущение генерализованного психического и физического истощения, препятствующего привычной повседневной активности. Синонимами для обозначения этого состояния могут быть: усталость, утомляемость или слабость.

Медикаментозная коррекция может включать назначение: снотворных (при расстройствах сна), психостимуляторов типа кофеина и других аналептиков

или/и малых доз глюкокортикоидных гормонов в качестве адаптогенов или ингибиторов обратного захвата серотонина и вторичных трициклических аминов (при эмоциональной депрессии).

Кроме того, в случаях появления соответствующих признаков следует коррегировать болевые ощущения (адекватная аналгезия), нарушения электролитных расстройств (воздействие на водно-электролитный баланс) и анемию (переливания крови, препараты железа, эритропоэтинов).

КОЖНЫЙ ЗУД. Наблюдается не менее, чем у четверти больных ОЗ и почти 80% пациентов с холестатическим синдромом.

Лекарственная терапия проводится в зависимости от причин, лежащих в основе возникновения кожного зуда. В частности, препараты блокаторов гистаминовых рецепторов (H1- и H2-блокаторы) могут быть эффективными при атопии, при ЗО и болезнях крови.

Препараты из группы блокаторов серотониновых рецепторов (5-НТЗ-блокаторов) и препараты из группы антагонистов опиоидных рецепторов могут купировать кожный зуд, связанный с уремией и холестазаом, а нестероидные противовоспалительные препараты - при ЗО и болезнях крови. Наконец, препараты из группы ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС) назначают при паранеопластических синдромах, а холистирамин - при зуде, связанном с уремией и холестазаом.

ВТОРИЧНАЯ ЛИМФЕДЕМА. В отличие от первичной лимфедемы, которая является наследственным заболеванием, вторичная лимфедема развивается вследствие нарушения целостности или обструкции лимфатических путей в результате хирургического вмешательства, травмы, воспаления или ЗО. Самой частой причиной возникновения служат ЗО и последствия их лечения. Отмечается после лечения рака молочной железы (до 30%), у больных с ЗО тазовых органов (до 45%) и у пациентов с ЗО головы и шеи (около 25%).

Лечение начинают с общих мер: ношение бандажа и наложение компрессионных повязок (перчатки, носки, гольфы, чулки), физические упражнения, тщательный уход за кожей. Применяют и физиотерапевтические процедуры.

Хирургическое лечение проводят при неэффективности других методов лечения. Различают 2 вида операций: микрохирургические операции (создание лимфатико-лимфатических, лимфатико-вено-лимфатических, лимфатиковенозных и нодальновенозных анастомозов) и расширенные операции (удаление лимфедемной эпифасциальной ткани).

Фармакотерапию проводят следующими группами препаратов. Назначают бензопироны (для стимуляции макрофагов, усиления деградации белковых продуктов и снижения онкотического давления); флавоноиды (для антиоксидантного и вентонического эффектов); сулодексил (для улучшения функций эндотелия), глюкокортикоидов (для адаптогенного эффекта) и диуретики (для быстрого уменьшения отека).

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА. Среди расстройств функций желудочно-кишечного тракта, отмечаемых у больных с запущенными ОЗ,

наиболее частыми являются диспепсия, синдром сдавления желудка, тошнота и рвота, запор и диарея.

Диспепсия - симптомокомплекс, сопровождающийся чувством дискомфорта в эпигастральной области (или в правом подреберье) после еды и иногда тупыми болями. В основе диспепсии лежат нейрогуморальные нарушения секреторной и моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта.

Эффективность лечения диспепсии зависит от правильного определения ее причин. Если диспепсия обусловлена опухолевым поражением желудка или пищевода или же сдавлением желудка опухолью, прорастающей из других органов, можно назначить антациды, викалин, виуаир.

При диспепсии, развившейся после операций на желудке или после облучения эпигастральной области или поясничного отдела спинного мозга назначают ранитидин или омепразол.

Она может быть обусловлена побочным действием лекарств: препаратов железа, метронидазола, глюкокортикоидов, химиопрепаратов и др. При этом можно назначить метоклопрамид и другие прокинетики.

Наконец, диспепсия может быть следствием астенизации пациента (кандидоз пищевода, нарушение потребления воды и слизи). В подобных случаях назначают карболен, полифепам и антифлатуленты.

Синдром сдавления желудка. Возникает при неспособности желудка к растяжению из-за внешних препятствий (чаще вследствие гепатомегалии).

При раннем насыщении и икоте проводят психотерапию. При сильном вздутии живота и при тошноте рекомендуют частое дробное питание. При дискомфорте и/или болях в эпигастральной области разделяют основной прием пищи и жидкости и назначают антифлатуленты (энтеросорбенты). При рвоте (чаще после еды) назначают прокинетики (метоклопрамид и др).

Тошнота и рвота. При прогрессирующем ОЗ возможны разные потенциальные причины тошноты и рвоты. Важно идентифицировать наиболее вероятные из них у каждого пациента, чтобы в различных ситуациях назначать антиэметики.

Выбор средств до лечения зависит от этиопатогенеза тошноты. Если они являются осложнением химиотерапии или лучевой терапии, то назначают галоперидол или прохлорперазин. При связи с уреимией, гиперкальциемией и другими метаболическими нарушениями рекомендуют галоперидол. При повышении внутричерепного давления рекомендуют димедрол.

Запор (констипация) - редкое (менее 3 раз в неделю) и затрудненное опорожнение кишечника - признак, иногда наблюдаемый при прогрессирующем ОЗ. При запоре отмечают чрезмерную твердость и уменьшение объема каловых масс, метеоризм и боли в животе.

Лечение запора необходимо начинать с установления анамнеза привычного режима опорожнения кишечника и приема пациентом слабительных. Состояние прямой кишки выясняют путем ее пальцевого исследования.

Выбирая тактику лечения надо помнить, что более физиологичный процесс - не усиление перистальтики кишечника, а увеличение объема и размягчение его содержимого. Пациенту рекомендуют увеличить количество потребляемой

жидкости и клетчатки (фрукты, овощи, злаковые). Больные, избегают приема закрепляющих средств и могут применять препараты сенны или бисакодил. При назначении опиоидных анальгетиков целесообразно одновременное использование слабительных, причем лучше комбинации препаратов, стимулирующих кишечную моторику и размягчающих каловые массы.

Фармакотерапия запора позволяет применять различных лекарственных препараты. Для увеличения объема содержимого кишечника назначают отруби или листья подорожника. В качестве осмотического средства можно назначить марогол (этиленгликоль 4000) или форлакс. Для размягчения кала принимают вазелиновое масло, внутрь. Далее, для стимуляции функций тонкого кишечника можно назначить касторовое масло внутрь, а для стимуляции перистальтики толстого кишечника - натрия пиксульфат, бисакодил и др.

При длительном запоре могут использоваться свечи с глицерином и бисакодилом, а если это не помогает, применяют клизмы. Последние способствует дефекации, размягчая содержимое и растягивая толстый кишечник. Начинают с введения гипертонического раствора, натрия фосфата или натрия хлорида, при необходимости вечером делают клизму с растительным маслом, а утром с гипертоническим раствором. При упорных запорах приходится прибегать к мануальной эвакуации содержимого ампулы прямой кишки.

Диарея (понос) - учащенное или однократное опорожнение кишечника с выделением жидких, увеличенных в объеме каловых масс. Возникновение диареи обуславливает ускоренный пассаж содержимого по кишечнику и замедленное всасывание жидкости из просвета кишки.

Диарея, отмечаемая у 7-10% больных, страдающих ЗО, возникает по разным причинам: прием лекарственных препаратов, слабительных, обструкция просвета кишки опухолью или каловыми камнями, нарушение всасывания в кишечнике, лучевое повреждение кишечника.

Для лечения назначают лоперамид, при спастических болях - холиноблокаторы, а для улучшения метаболизма жиров - ферменты поджелудочной железы. При диарее, вызванной лучевым поражением можно делать лечебные клизмы с настоями вяжущих трав.

Асцит. Это скопление жидкости в брюшной полости, вызванное портальной гипертензией при поражении печени, а также гипо-альбуминемией и водно-электролитными расстройствами.

Помощь больным ОЗ с асцитом должна быть патогенетической. При метастатическом поражении брюшной полости проводят интраперитонеальную химиотерапию и назначают мочегонные средства. Можно использовать лапароцентез. Асцит может развиваться на фоне метастатического поражения печени и при вторичном гиперальдостеронизме.

ДЫХАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА. Распространение ЗО легкого может приводить к развитию ряда дыхательных расстройств - от ухудшения функций внешнего дыхания до крайне тяжелых осложнений, ухудшающих состояние, а следовательно, и качество жизни больных. Среди отмечаемых у больных ОЗ дыхательных расстройств назовем одышку, боль в груди, кашель, снижение

звучности голоса (дисфония), кровохарканье и терминальное нарушение дренажа трахеи и бронхов, известное как "предсмертный хрип".

Одышка может быть обусловлена обструкцией верхних дыхательных путей опухолью или ронхоспазмом.

Боль в груди может быть обусловлена вовлечением в процессы, связанные с опухолевой инвазией или инфекцией межреберных нервов, костей самих ребер и позвоночника или же плевры.

Кашель может быть вызван раздражением дыхательных путей атмосферными факторами (дым или пары), ростом эндобронхиальной ЗО, внешнее сдавливание бронхов, аспирацией жидкости, параличем голосовых связок и снижением глотательного рефлекса. С целью купирования кашля применяют общие меры - прекращение курения, увлажнение вдыхаемого воздуха, комфортное положение пациента, назначение отхаркивающих средств, назначение противокашлевых препаратов, седация.

"Предсмертный хрип" вызван накоплением мокроты в дыхательных путях в сопорозном (или близком к нему) состоянии пациента.

В последние недели или дни жизни пациента все действия должны быть направлены исключительно на создание комфорта для него.

В последние часы жизни основной целью помощи является эффективное ослабление одышки. Пациентам, находящимся в бессознательном или близком к нему состоянии, для облегчения одышки вводят небольшие дозы галоперидола или морфина.

УРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. У больных с прогрессирующим ОЗ очень часто диагностируют дизурию (частое или болезненное мочеиспускание), недержание мочи, задержку мочи, спазм мочевого пузыря, гематурию.

Лечение урологических нарушений обычно подразумевает применение как лекарственных, так и нелекарственных средств. От причины расстройств зависит назначение разных препаратов.

В терминальной стадии ОЗ назначают только консервативное лечение. Кровотечение при уретральной колике или обструкции кровяным сгустком купируют, выполняя самые простые и наименее инвазивные процедуры. При массивной геморрагии, вызванной местным распространением опухолевого процесса, необходимо выполнить катетеризацию мочевого пузыря. При постлучевом или лекарственном цистите производят промывание мочевого пузыря растворами алюминиево-калиевых квасцов, нитрата серебра или формалина. При умеренном кровотечении капельно или струйно промывают мочевой пузырь 1% раствором алюминиево-калиевых квасцов.

Завершая рассмотрение современной роли паллиативной помощи больным ОЗ, необходимо особо подчеркнуть, что поскольку, спектр задач, которые могут стать перед работающими в онкологии врачами, занятыми предоставлением паллиативной помощи, необычайно широк, очевидно, что эти специалисты должны иметь не только исключительно высокий профессиональный уровень в клинической онкологии, но и широчайшую эрудицию и осведомленность в целом ряде смежных с ней областей медицины.

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Медицинская (точнее, медико-социальная) реабилитация - это комплекс медицинских и парамедицинских (психологических, социальных, профессиональных и др.) мероприятий, целенаправленно предпринимаемых в отношении пациентов с целью восстановления ими физических и психологических способностей и социального статуса, частично или полностью утраченных в результате заболевания или травмы.

Очевидно, что эта категория полностью (без каких-либо оговорок) применима лишь к тем онкологическим больным, которые завершили соответствующее лечение и могут считаться излечившимися. В то же время, если речь идет о пациентах, не завершивших лечения, то говорить о реабилитации можно лишь с определенными оговорками.

Реабилитация пациентов, в широком смысле, несет в себе четкую методологическую установку, направленную на оптимизацию лечения и ускоренное восстановление личного и социального статуса больного. В определенном смысле реабилитацию можно считать восстановительным лечением.

История развития реабилитации больных ОЗ была прямо связана с успехами в лечении этого контингента пациентов, достигнутыми, в первую очередь, в области хирургического лечения.

Первоначально именно успешно проведенные хирургические операции, которые обеспечивали спасение жизни больным (life-saving surgery), нередко вели к анатомическим изменениям, сопровождавшимся функциональными нарушениями в организме. Это не только нарушало привычный стереотип ощущений пациентов и влияло на их поведение, затрудняя общение с окружающими людьми, но и иногда ограничивало их трудоспособность и негативно влияло на качество жизни. Типичным примером такой ситуации могут быть больные с ЗО конечностей, перенесшие ампутации или пациентки после мастэктомии. Но в начале XX в такие пациенты были редкостью, а их инвалидность и попытки ее преодоления заметных медико-социальных проблем не создавали.

Но уже в конце XX в ситуация изменилась и в онкологии широко использовались расширенные реконструктивные операции и, в том числе, в области головы и шеи. Однако, эти, спасавшие жизнь пациентам, операции, нередко приводили к появлению грубых, трудно скрываемых анатомических дефектов. Часть из них порождали не только серьезные косметические проблемы, связанные с сохранением социального статуса больного, но и создавали затруднения, связанные с нормальным питанием или общением с людьми (из-за утраты голоса и уродующих облик дефектов) и дальнейшей жизнью.

Параллельно с этим, внедрение в онкологию методов ранней диагностики вместе с достаточно высокой эффективностью существующих методов лечения ОЗ привело к заметному увеличению продолжительности жизни этих больных ЗО и, в то числе, не только перенесших хирургические операции, но и получившие интенсивную лучевую и высокодозную цитостатическую и гормональную

терапии. Не удивительно, что у части этих пациентов формируются особые и, в том числе, упомянутые выше, состояния, требующие коррекции и снижающие их трудоспособность и даже становящиеся причиной их инвалидизации.

В итоге, число таких пациентов, требующих к себе внимания после завершения лечения значительно возросло - на учете в онкологических учреждениях оказалось внушительное количество пациентов, немалая часть которых находилась в активном трудоспособном возрасте и, не желая оставаться на иждивении государства на правах пенсионеров по болезни, стремилась вернуться к прежней жизни.

Впечатляющие успехи в развитии онкологии уже на протяжении последних десятилетий минувшего века способствовали пересмотру содержания такой категории, как "излечение больных ОЗ".

Наступило время, когда под излечением стали понимать не только клиническое выздоровление, как таковое, но и появление потенциальной возможности реального возвращения пациентов к активной полноценной жизни, к общественно полезному труду с восстановлением индивидуальных механизмов социальной адаптации и восстановлением прежних коммуникативных связей в обществе.

Соответственно, в онкологии стала широко применяться такая категория, как "качество жизни". Используемая для оценки состояния пациента в период лечения, она стала мерилем при комплексной оценке конечного результата лечения. Не удивительно, что сегодня при такой оценке приходится отвечать на 2 вопроса: 1) сколько прожил пациент после лечения? и 2) как он прожил это время?

Следует иметь в виду, что "реабилитация", это прежде всего, метод подхода к больному человеку, используемый для достижения основной цели - восстановление (полного или частичного) личного и социального статуса больного. В то же время, "реабилитация"- это и процесс, ускоряющий саногенез, имеющий определенные нейрофизиологические параметры.

И наконец, реабилитация - это четырехэтапный процесс, первый этап которого - медицинский, второй - семейный, третий - профессиональный и четвертый - социальный. Строго говоря, собственно реабилитация начинается в конце медицинского этапа и по времени совпадает с завершением лечения. Начало следующего периода - семейного - знаменуется моментом выписки пациента из лечебного учреждения и попаданием его в условия семьи и общения с родственниками. В итоге, успешно пройдя период семейной реабилитации, пациент оказывается в профессиональной среде, где формируются предпосылки для последнего социального этапа, на котором реабилитация должна завершиться.

Выделяя эти периоды, следует иметь в виду, что при переходе от одного периода к другому важное значение приобретает принцип непрерывности: его нарушение может привести к утрате результатов восстановительного лечения или ослабить их, а также повлечь неблагоприятные психологические последствия для больного.

Заметим и то, что в начале и в конце этапа профессиональной реабилитации которая может включать: а) определение индивидуальных для каждого больного возможностей общественно полезной деятельности; б) профессиональное обучение и в) переобучение больных, а также учебные тренинги) должна проводиться врачебно-трудовая экспертиза, результаты которой позволяют осуществить рациональное трудоустройство пациентов в обычных производственных условиях или специализированных предприятиях.

При трудоустройстве врачебно-трудовая экспертиза принимает во внимание такие факторы, как степень утраты трудоспособности и нарушения функций, а также характер заболевания, профессию, уровень образования и особенности личности больных.

Последний этап - социальная реабилитация предусматривает активное воздействие на личность больного путем организации соответствующего образа жизни, восстановления утраченной или ослабленной личной и социальной значимости больного.

Нельзя упускать из виду и то, что сохранение социального статуса пациента, возвращение его к активной жизни невозможно без воссоздания его прежней психологической целостности.

Большинство экспертов рекомендует принять следующее определение восстановительного лечения (реабилитации) больных ОЗ: восстановительное лечение (реабилитация) является системой различных воздействий и мероприятий (медицинских, социальных, профессиональных и др.), направленных на максимальное восстановление личного и социального статуса пациента.

Согласно ныне доминирующей в онкологии доктрине, реабилитацию больных ОЗ следует считать важнейшей частью организационной и клинической онкологии. В настоящее время считается, что реабилитация этих больных, складывается из 3 элементов, которые определяют этапы реабилитации: 1) медицинского; 2) социального (семейного, бытового) и 3) профессионального.

Оптимальным признается начинать лечебно-реабилитационные мероприятия непосредственно с момента первого контакта больного с врачами из онкологического учреждения.

В амбулаторно-стационарных условиях раннее восстановительное лечение должно включать в себя комплекс медицинских мероприятий, обеспечивающих оптимальные анатомо-функциональные результаты лечения и максимальное сохранение нормального психологического статуса больного.

Последующая реабилитация включает в себя корригирующую и поддерживающую терапию, а также трудовую и социальную реадaptацию больного в семье, на рабочем месте и в обществе.

Учитывая исключительную важность правильной оценки дальнейшей судьбы больного в плане определения предстоящего восстановительного лечения, разработка характера и определение объема реабилитационных мероприятий должна осуществляться только на основе принятого по результатам экспертизы заключения, учитывающего факторы, характеризующие функциональное состояние организма, особенности ОЗ и проведенного лечения.

В основополагающих документах профессиональных союзов восстановительного лечения признается, "что выполнение программы восстановительного лечения в необходимом объеме требует участия наряду с врачами-онкологами и психологами, специалистов в области социологии, юриспруденции, работников социального обеспечения.

При этом, главными принципами восстановительного лечения считаются раннее начало, непрерывность, этапность, преемственность, комплексный характер, индивидуальный подход в лечении и восстановлении утраченных функций.

Один из принципов реабилитации диктует возможно раннее начало мероприятий и желательно уже в том лечебном учреждении, в котором проходило лечение ОЗ и в котором целесообразно продолжить проведение лечебных и психологических мероприятий, способствующих восстановлению личностной адаптации, трудовых функций и социального статуса.

Мероприятия медицинской реабилитации связаны с определенными трудностями в выборе методик восстановительного лечения, места его проведения (центры восстановительного лечения и др), установлением оптимальных сроков и критериев эффективности медицинской реабилитации.

Традиционно различают три цели восстановительного лечения:

1) восстановительная - предполагается выздоровление без значительной потери трудоспособности, как например, у пациентки после мастэктомии, у которой имеется лимфостаз верхней конечности;

2) поддерживающая - болезнь заканчивается потерей трудоспособности, но ее можно уменьшить адекватным лечением и правильной тренировкой, как например, больной с ампутированной конечностью;

3) паллиативная - при прогрессировании болезни можно предупредить развитие некоторых осложнений (пролежней, контрактур, психических расстройств).

Разумеется, что эти цели могут меняться у отдельного больного во время лечения или при повторных осмотрах. Иногда приходится переходить от восстановительной цели к поддерживающей или даже к паллиативной. Но цели восстановительной терапии всегда являются руководящими для лечащего врача и специалистов группы реабилитации.

Программа восстановительного лечения должна предусматривать максимальное восстановление трудоспособности, включая физическую, психологическую, социальную и профессиональную адаптацию. Учитывая то, что после комплексного лечения у части больных ОЗ возникают те или иные функциональные расстройства и осложнения, существенно влияющие на восстановление трудоспособности, ясной становится необходимость коррекций таких нарушений с помощью общеукрепляющей, симптоматической или патогенетической терапии.

Важным условием успешной реабилитации больных ОЗ является обеспечение преемственности всех ее звеньев. Реабилитация начинается как можно раньше от момента возникновения заболевания, непрерывно продолжается в сфере

трудовой и общественной деятельности больного и его многочисленных социальных связей.

Взаимосвязанный комплекс мероприятий, составляющий содержание восстановительного лечения, следует считать одним из наиболее важных направлений здравоохранения и органов социального обеспечения, которые в процессе реабилитации больных используют различные методы и средства.

Отдельные формы и методы восстановительного лечения появились сравнительно давно, другие стали возможными лишь в результате последних достижений науки. Большая роль в этом контексте принадлежит совершенствованию социального устройства общества и изменению экономико-демографических процессов в различных странах, которые привели к увеличению продолжительности жизни людей.

Вполне понятно, что осуществление мероприятий по реабилитации больных ОЗ в рамках одного какого-либо министерства или ведомства затруднено. Соответственно, очевидна необходимость тесного сотрудничества специалистов различных ведомств.

Реабилитация онкологических больных - многоэтапный процесс, где на каждом этапе лечения, последующего наблюдения и жизни больного применяются определенные методы воздействия, которые позволяют возвращать больных к полноценной жизни и труду.

В определении объема и целей восстановительного лечения должны участвовать представители многих специальностей (врачи, психологи, социологи, юристы, протезисты, инструкторы по лечебно-физкультуре, трудотерапевты, работники органов социального обеспечения и др.), так как один специалист не может решить множество вопросов, возникающих при рассмотрении этой многогранной проблемы.

Программа реабилитации должна рассматриваться индивидуально для каждого больного в зависимости от его состояния, пола, возраста, стадии развития и локализации ЗО, ее гистологического строения, предполагаемых методов лечения, прогноза, состояния нервнопсихической сферы больного, трудовой направленности, профессии, условий труда и предусматривать максимальное восстановление трудоспособности, включая физическую, психологическую, социальную и профессиональную адаптацию.

Врачу необходимо предусмотреть все возможные причины утраты трудоспособности, которые могут появиться из-за болезни или проведенного в связи с ней лечения, чтобы суметь их успешно уменьшить или предотвратить. Хотя в онкологии невозможно точно определить прогноз заболевания, в начале лечения необходимо установить цели восстановительного лечения.

Сложный комплекс мероприятий, проведение которых необходимо для осуществления полноценной реабилитации больных ЗО, требует создания в онкологических учреждениях отделений (кабинетов) восстановительного лечения или обеспечения возможности осуществлять реабилитацию больных ОЗ в центрах восстановительного лечения общего профиля.

Больным с различными локализациями ЗО в три этапа осуществляются индивидуально разработанные для каждого пациента специальные виды восстановительного лечения.

Первым этапом реабилитации является первичный контакт врача онколога с больным, установление диагноза, психопрофилактика, седативная терапия, направление в специализированный стационар.

Вторым этапом считается лечение в специализированном стационаре, включающее предоперационное восстановительное лечение.

Третий завершающий этап реабилитации - это оценка трудоспособности, рациональное трудоустройство и реадaptация в семье и обществе.

Возвращение больных ЗО в трудовой коллектив, в семью к прежнему социальному общению является сложной и, безусловно, недостаточно разрешенной проблемой. Для проведения в жизнь реабилитационных мероприятий необходимо динамическое изучение социальнотрудовой характеристики пациентов.

Это прежде всего: а) целесообразность и обоснованность возвращения к общественно полезному труду, б) сроки возвращения к труду, в) степень восстановления трудоспособности, г) выбор адекватной профессии, д) влияние условий труда на состояние здоровья, е) общественное положение больного, ж) отношения в семье, з) бытовые условия и многое другое.

Залогом успеха в реабилитационной деятельности является создание средств приспособления как инвалидов к социальной активности и мобильности, так и предусматривать в бытовых, общественных местах удобные для инвалидов средства. Это: специальные лифты, пандусы, туалеты. Создание оптимальной для инвалидов среды - необходимое условие для приближения к полноценным условиям жизни.

Перспективным направлением в снижении инвалидности больных ОЗ может стать создание комплексных центров реабилитации санаторного типа. В условиях реабилитационных центров могут быть эффективно решены многие задачи восстановительного лечения, лечение сопутствующих заболеваний, функциональных осложнений, реадaptации, ресоциализация, трудовое обучение.

В учреждение такого типа должны поступать радикально леченные больные ОЗ, нуждающиеся в комплексе реабилитационных мероприятий для компенсации нарушений функций отдельных систем и органов как в связи с развитием заболевания, так и в связи с проведенным лечением.

В таких реабилитационных центрах должны быть предусмотрены соответствующие службы и материально-техническая база: спортивные залы, кабинеты физиотерапии, психотерапии, массажа, бассейн, протезные мастерские, тренажеры различных типов, приспособленные к нуждам больных, санаторно-гигиенические условия.

Организация отделений и кабинетов амбулаторного восстановительного лечения, дневных стационаров восстановительного лечения в онкологических учреждениях, разработка методов санаторно-курортного лечения больных ОЗ позволит сконцентрировать все усилия для возвращения этих больных к общественно полезному труду и активной социальной жизни,

Завершая рассмотрение принципов реабилитации больных ОЗ, надо особо отметить, что успех проведения восстановительного лечения больных ОЗ зависит и от личностных особенностей и психотипа.

Поэтому в начале этой работы, с самых первых дней необходимо выяснить эти характеристики пациента - только владея этими сведениями можно правильно строить психосуггестивную работу с больными и грамотно прогнозировать вероятные негативные эмоциональные и, главное, поведенческие реакции и, соответственно, корректно вести эту работу на протяжении всего общения с пациентом. Напротив, отсутствие такой не позволяет правильно строить общение с пациентом и препятствует достижению поставленных целей.

Эти обстоятельства прямо указывают на важное значение психологического компонента в общем балансе всех медицинских и иных реабилитационных мероприятий, проводимых в отношении больных ЗО.

Конкретизируя значение психологических факторов в этой работе, отметим, что полноценное возвращение пациента к активной жизни невозможно без направленного позитивного воздействия на психическую сферу пациента, направленного на воссоздания психологической целостности его личности. Это предопределяет необходимость детального исследования психологического статуса пациентов и изучения возможности психосоциальной адаптации онкологически больных в системе медицинской реабилитации.

И эта проблема должна найти свое решение в ходе реабилитации таких пациентов поскольку без устранения нервно-психоэмоциональных расстройств невозможно полностью восстановить способность человека к реальной жизни и вернуть его к трудовой деятельности и социальной активности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современная доктрина клинической онкологии о необходимости радикального лечения ОЗ на основе рационального и комплексного использования всех методов и средств дополняется положениями о важном значении, с одной стороны, последовательного расширения диапазона переносимости пациентами терапевтических воздействий, а с другой стороны, повышения эффективности методов лечения сопутствующей патологии и профилактики или, по крайней мере, ослабления ее возможного влияния на организм больных и/или течение ОЗ и их прогноз.

В современной ситуации лечение больных ОЗ представляет собой сложный, длительный и многокомпонентный процесс, включающий одновременное или последовательное применение разных методов воздействия как на ЗО, так и на организм пациента.

ЗО следует рассматривать, как причину ОЗ - поэтому все терапевтические воздействия на ЗО объединяют под общим названием "каузальная терапия", т.е. лечение направленное против причины болезни. Между тем, к каузальной терапии относятся хирургические операции по удалению ЗО и ее метастазов, а также лучевая и лекарственная терапии (последняя включает ХТ и гормонотерапию).

При таком взгляде на ЗО, организм пациента можно условно считать своеобразной биологической средой, в которой происходит развитие и рост ЗО. Важно, что эта среда в определенных условиях и в определенных пределах способна активно противостоять опухолевому росту.

Соответственно, организм пациента становится "ареной", на которой агрессивная ЗО "борется" с защитными силами организма. В ситуации, когда в организм вводятся токсические ПОП, призванные затормозить рост ЗО, эти препараты неизбежно будут негативно влиять и на клетки организма, что в итоге проявится в развитии патологии этих клеток и появления признаков токсичности.

В силу этого появляется необходимость, при введении в организм ПОП, защитить его клетки от повреждения или по меньшей мере, ослабить это повреждение. Именно задачи по ослаблению токсического действия ПОП, проявляющегося в период ХТ или сразу после ее окончания призвана решать "поддерживающая терапия" (ПТ).

Итак, ПТ включает использование комплекса терапевтических подходов и средств, направленных на восстановление вызванных противоопухолевым лечением нарушений гомеостаза, а также на минимизацию последствий этих нарушений, способных негативно повлиять на здоровье пациента. Поэтому ПТ может проводиться для повышения переносимости больными ОЗ любых методов лечения, способных, так или иначе, негативно повлиять на самочувствие пациента или ухудшить его состояние. Иначе говоря, ПТ проводится для ослабления негативных последствий всех методов лечения, применяемых в онкологии.

Таким образом, ПТ не направлена против ОЗ и проводится только для "защиты" организма от негативного влияния любых лечебных факторов - лучевого воздействия или химиотерапии.

Вместе с тем, ПТ может проводиться для ослабления некоторых последствий развития ОЗ или тягостных проявлений сопутствующих заболеваний, если таковые реально угрожают самочувствию пациента или его состоянию.

ПТ проводится (по показаниям) всем больным одновременно или после противоопухолевого лечения. Ее проводят онкологи, без привлечения каких-либо других специалистов и только в стенах стационара. Наконец, ПТ не предполагает помощи в психологической реадaptации пациентов и иной помощи и включает только введение лекарственных средств и, в том числе, специально предназначенных для проведения ПТ.

Тем не менее, ПТ сегодня считается неотъемлемой и весьма существенной частью современной онкологии, без которой многие клинически значимые задачи неразрешимы.

Хотя паллиативную помощь и ПТ сближает тот факт, что в обоих случаях речь идет о пациентах, которые продолжают получать противоопухолевое лечение, паллиативная помощь имеет существенные отличия от ПТ. Так, ПТ и паллиативная помощь больным ОЗ не направлены против основного (онкологического) заболевания, а выполняют дополнительные функции.

Хотя паллиативная помощь оказывается больным ОЗ, она не является частью онкологии - с онкологией связана лишь ее часть, которая связана с больными с далеко зашедшими формами ОЗ. Между тем, как уже отмечалось, паллиативная медицина, сегодня является отдельной врачебной специальностью, имеющей не только свою методологию, но и проверенную временем идеологию и тесно связана как с онкологией, так и с целым рядом других медицинских дисциплин.

И, хотя онкологи могут оказывать и оказывают паллиативную помощь своим больным, находящимся в онкологическом учреждении, как правило, эта помощь предоставляется им уже после их выписки больных из онкологических учреждений и перевода в другие клиники или же после возвращения домой и поступления под амбулаторное наблюдение. Очевидно, что на этих этапах помощь больным оказывают уже другие люди.

Паллиативную помощь больным ОЗ оказывают врачи любых других специальностей и медицинские сестры, но при условии наличия у них специальной профессиональной подготовки в области паллиативной медицины и соответствующих навыков.

Эти люди, в свою очередь, при необходимости могут привлекать к оказанию помощи больным ОЗ не только врачей других специальностей, но и психологов и представителей таких направлений, как комплементарная медицина, интегративная медицина или нутрициология, и даже священнослужителей.

И, главное, в отличие от ПТ, паллиативная помощь не ограничивается чисто медицинскими манипуляциями и процедурами - она предполагает другое всякое возможное содействие и помощь при решении любых проблем пациента и в соответствии с его потребностями и желаниями.

Наконец, о реабилитации онкологических больных, которая, имеет глубокое отличие и от ПТ, и от паллиативной помощи. Отличие состоит в том, что и ПТ, и паллиативная помощь проводят лицам, которые продолжают лечение основного заболевания, в то время как субъектом реабилитации являются лица, в прошлом перенесшие ОЗ.

Более того, в медицинской реабилитации практически никогда не используются медицинские манипуляции, но формально она ставит перед собой такие же цели, как и медицина в целом - восстановление пациентами физических и психологических способностей, частично или полностью утраченных в результате заболевания. Поэтому достаточно обоснованной представляется точка зрения, согласно которой ПТ, паллиативная помощь и реабилитация больных ОЗ являются тремя последовательными этапами оказания помощи этим больным.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Д.А. Перспективы использования альфа-интерферонов в клинической онкологии.// Vita, 2000, N.1, с.6-11;
2. Алиев Д.А. Перспективы использования альфа-интерферонов в клинической онкологии.// Vita med. J.,2000, N.1, с.6-11;
3. Алиев Д.А. Влияние гепаоцеллюлярной недостаточности и инфекции, вызванной вирусом гепатита В на эволюцию рака молочной железы.//Азер. мед. Ж., 2003, N.2, с.77-81;
4. Алиев Д.А., Джафаров Р.Д. Медико-социальная реабилитация больных раком молочной железы. Баку: Азернешр, 1991, 101 с.;
5. Алиев Д.А., Мамедов М.К. Рекомбинантные альфа-интерфероны в онкологии.//Азерб. Ж. онкологии, 1996, N.1, с.3-10;
6. Алиев Д.А., Мамедов М.К. Субклиническое дисфункции печени: распространение, этиопатогенез и клиническое значение. // Хирургия (Баку), 2005, N.1, с.24-28;
7. Алиев Д.А., Мамедов М.К., Зейналов Р.С. Перспективы использования задаксина в комплексном лечении онкологических заболеваний.// Азерб.Ж.онкологии, 2007, N.2, с 11-16;
8. Алиев Д.А. Мамедов М.К., Зейналов Р.С., Рагимова С.Э. Рак молочной железы и функциональное состояние печени. Баку: Знание, 1996, 100 с;
9. Алиев Д.А., Гиясбейли С.Р., Горбунова В.А. и др. Токсические проявления различных программ химиотерапии у больных распространенными формами рака молочной железы, легкого и желудка, имевших субклиническую гепатопатию.// Азерб.Ж.онкологии, 2003, N.2, с. 17-21;
10. Гершанович М.Л. Осложнения при химио- и гормонотерапии злокачественных опухолей. М.: Медицина, 1982, 224 с.;
11. Гершанович М.Л. Пайкин М.Д. Симптоматическая терапия при злокачественных новообразованиях. М.: Медицина, 1986, 288 с.;
12. Гиясбейли С.Р., Горбунова В.А. Токсические проявления химиотерапии у больных раком желудка, имевших биохимические признаки субклинических дисфункций печени. // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 2003, N.4, с.67-69;
13. Гиясбейли С.Р., Зейналов Р.С., Абасова Л.И. Кардиологические аспекты клинической онкологии. // Азерб. Ж.онкологии, 1996, N.1, с.25-28;
14. Зейналов Р.С., Гиясбейли С.Р. Зофран - новый высокоэффективный антиэметик в профилактике тошноты и рвоты, вызываемой химиотерапией. // Азерб. мед. Ж., 1996, N.3, с.82-85;
15. Зейналов Р.С., Гиясбейли С.Р., Дадашева Н.Р. Антиэметическая активность антагонистов серотониновых рецепторов в профилактике тошноты и рвоты, вызываемой химиотерапией. // Азерб.Ж.онкологии, 1995, N.1-2, с.31-33;
16. Исаков М.Е. Болевой синдром в онкологии. М.: Практическая медицина, 2011, 384 с;
17. Карелов А.Е. Современные представления о механизмах боли.//Анестезиология и реаниматология, 2020, N.6, с.88-95;

18. Керимов А.А. Переливание крови: есть ли альтернатива? // Биомедицина, 2004, N.2, с.3-10;
19. Мамедов М.К. О проблеме инфекций в клинической онкологии. // Азерб. Ж. онкологии, 2005, N.1, с.110-119;
20. Мамедов М.К., Кадырова А.А. Задаксин - Новые перспективы применения в лечении инфекционных и онкологических заболеваний. // Биомедицина, 2004, N.2, с.3-10;
21. Мамедов М.К., Зейналов Р.С., Гиясбейли С.Р. Поддерживающая терапия в онкологии: проблемы и решения. // Азерб. Ж. онкологии, 2001, N.1, с.21-28;
22. Мамедов М.К., Зейналов Р.С., Гиясбейли С.Р. Поддерживающая терапия в лечении больных раком молочной железы, имеющими субклинические нарушения функции печени. // Азерб. Ж. онкологии, 2003, N.1, с.113-114;
23. Мамедов М.К., Оруджли Р.Н., Гиясбейли С.Р. Воздействие злокачественной опухоли на организм: современные представления. // Азерб. Ж. онкологии, 2000, N.1, с.10-17;
24. Мамедов М.К., Фараджев О.Ф., Оруджев Э.М. и др. Сравнение двух методов коррекции лейкоцитоза, обусловленного противоопухолевой химиотерапией. // Азерб. Ж. онкологии, 1998, N.1, с.20-22;
25. Новик Т.И., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: РАЕН, 2021, 528 с.;
26. Пашинский В.Г., Яременко К.В. Проблемы онкологической фармакотерапии. Изд. Томского ун-та: Томск, 1983, 240 с.;
27. Позмогов А.И., Баран Л.А., Ганул В.Л. Вспомогательная терапия онкологических больных. Киев: Здоров'я, 1988;
28. Срочная медицинская помощь в онкологии. Под ред. Д.Ярбо и Р.Борнстейна. М.: Медицина, 1985;
29. Справочник по онкологии. Под ред. Н.Н. Трапезникова, И.В. Поддубной. М.: Каппа, 1997;
30. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Избранные лекции по клинической онкологии. М., 2000;
31. Шелепов В.П. Анеми-гипоксический симптомокомплекс и нарушения сопряженности функционирования углеводно-липидного обмена в организме с опухолью. / Актуальн. вопросы рентгенологии, радиологии и онкологии. Сборник научных трудов НИИ РРО. Баку, 1987, с.185-195;

Использованные сокращения

ВГВ - вирус гепатита В

ВГС - вирус гепатита С

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ЗО - злокачественные опухоли

ИИ - ионизирующие излучения

ЕПР – естественная противоопухолевая резистентность

ЛТ - лучевая терапия

ОЗ - онкологические заболевания

ПОП - противоопухолевые препараты

ПТ - поддерживающая терапия

ЦНС - центральная нервная система

ХО - хирургическая операция

ХТ - химиотерапия

S u m m a r y

Supportive therapy, palliative aid and rehabilitation of oncological patients

J.A.Aliyev, M.K.Mamedov

The paper contains basic information concerning: a) supportive therapy in oncological clinics; b) palliative aids for oncological patients, including approaches to anesthesia in incurable cancer patient and management in typical clinical cases at cancer patients and c) main principles of rehabilitation of oncological patients and its main directions.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Введение
2. Поддерживающая терапия.....
3. Паллиативная помощь и ее значение.....
4. Паллиативная помощь онкологическим больным.....
5. Важнейшие принципы обезболивания
5. Паллиативная помощь в типовых ситуациях.....
7. Принципы реабилитации онкологических больных.....
8. Заключение.....