

Комплексная реабилитация онкологических пациентов

Е.В. Гамеева^{✉1}, А.М. Степанова¹, Г.А. Ткаченко², О.В. Гриднев³, С.В. Свиридов⁴, А.Е. Шестопалов^{5,6}

¹Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия;

³ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

⁴ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

⁵ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;

⁶ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитации», Лыткино, Россия

Аннотация

Благодаря улучшению результатов комбинированного лечения злокачественных новообразований выживаемость онкологических пациентов растет. Все более актуальным становится вопрос об улучшении качества жизни как на фоне лечения, так и после его завершения. Индивидуально подобранный комплекс восстановительного лечения, проводимый мультидисциплинарной командой, направленный на коррекцию не только медицинских проблем, но и социальных возможностей пациента, учитывающий персональный опыт пациента, его психологические черты, привычки и т.д., помогает значительно снизить количество осложнений, улучшить качество жизни больных. В статье рассматриваются этапы, методы реабилитации, нутритивная поддержка онкологических пациентов.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, комплексная реабилитация, нутритивная поддержка онкологических пациентов, методы медицинской реабилитации, качество жизни

Для цитирования: Гамеева Е.В., Степанова А.М., Ткаченко Г.А., Гриднев О.В., Свиридов С.В., Шестопалов А.Е. Комплексная реабилитация онкологических пациентов. Современная Онкология. 2022;24(1):90–96. DOI: 10.26442/18151434.2022.1.201476

REVIEW

Comprehensive rehabilitation of cancer patients: A review

Elena V. Gameeva^{✉1}, Aleksandra M. Stepanova¹, Galina A. Tkachenko², Oleg V. Gridnev³, Sergey V. Sviridov⁴, Aleksandr E. Shestopalov^{5,6}

¹Herzen Moscow Oncology Research Institute – branch of the National Medical Research Radiological Centre, Moscow, Russia;

²Central Clinical Hospital with a Polyclinic of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia;

³Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

⁴Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

⁵Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;

⁶Federal Scientific and Clinical Center for Resuscitation and Rehabilitation, Lytkino, Russia

Abstract

Due to the improvement of the results of combined treatment of malignant tumors the survival rate of cancer patients is increasing. The issue of improving the quality of life, both during treatment and after its completion, is becoming more and more urgent. Conducting an individually selected comprehensive rehabilitation treatment conducted by a multidisciplinary team aimed at correcting not only medical problems but also the social capabilities of the patient taking into account the personal experience of the patient, his psychological traits, habits, etc., helps reduce the number of complications significantly, improve the quality of life of patients. The article discusses the stages, methods of rehabilitation, nutritional support for cancer patients.

Keywords: malignant neoplasms, complex rehabilitation, nutritional support for cancer patients, methods of medical rehabilitation, quality of life

For citation: Gameeva EV, Stepanova AM, Tkachenko GA, Gridnev OV, Sviridov SV, Shestopalov AE. Comprehensive rehabilitation of cancer patients: A review. Journal of Modern Oncology. 2022;24(1):90–96. DOI: 10.26442/18151434.2022.1.201476

Информация об авторах / Information about the authors

✉Гамеева Елена Владимировна – канд. мед. наук, зам. дир. по лечебной работе МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии». E-mail: gameeva@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-8509-4338

Степанова Александра Михайловна – канд. мед. наук, и.о. зав. отд-нием медицинской реабилитации МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии». E-mail: stepanovas@list.ru; ORCID: 0000-0001-8085-8645

Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог центра реабилитации ФГБУ ЦКБ УД Президента РФ. ORCID: 0000-0002-5793-7529

✉Elena V. Gameeva – Cand. Sci. (Med.), Herzen Moscow Oncology Research Institute – branch of the National Medical Research Radiological Centre. E-mail: gameeva@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-8509-4338

Aleksandra M. Stepanova – Cand. Sci. (Med.), Herzen Moscow Oncology Research Institute – branch of the National Medical Research Radiological Centre. E-mail: stepanovas@list.ru; ORCID: 0000-0001-8085-8645

Galina A. Tkachenko – Cand. Sci. (Psychol.), Central Clinical Hospital with a Polyclinic of the President of the Russian Federation. ORCID: 0000-0002-5793-7529

Введение

В 2019 г. в Российской Федерации впервые выявлен 640 391 случай злокачественных новообразований (ЗНО). Прирост по сравнению с 2018 г. составил 2,5%. На конец отчетного 2019 г. число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, составило 3 928 338. При этом благодаря совершенствованию хирургических тактик, разработке новых подходов к системной терапии выживаемость пациентов неуклонно растет.

Большинство пациентов, как проходящих терапию, так и находящихся в ремиссии, испытывают физические и психоэмоциональные расстройства, которые могут быть следствием как лечения, так и побочных эффектов от него. Эти нарушения отрицательно сказываются на социальной, профессиональной деятельности, ухудшают качество жизни и могут негативно влиять на результаты терапии ЗНО, в том числе на выживаемость [1, 2], при этом в соответствии с Международной классификацией функционирования негативное влияние оказывается на все домены функционирования и ограничения жизнедеятельности [3] и проявляется в период лечения и может сохраняться и пожизненно.

Например, частота развития побочных эффектов после лечения рака молочной железы (РМЖ) зависит от возраста на момент постановки диагноза, сопутствующих заболеваний, объема лечения, дозы, как системной терапии, так и лучевой, продолжительности лечения и т.д. К подобным нарушениям относятся постмастэктомический синдром, в том числе вторичная лимфедема, утомляемость, периферическая полинейропатия, различные когнитивные и эндокринные нарушения со своими специфическими проявлениями, проблемы с сексуальным и психическим здоровьем. У пациентов с колоректальным раком (КРР) длительное время, а зачастую и пожизненно, сохраняются нарушения функции тазовых органов (анальная инконтиненция, недержание мочи, сексуальная дисфункция), периферическая полинейропатия, психологические расстройства. Для пациентов с опухолями области головы и шеи характерны скелетно-мышечная и нервно-мышечная дисфункция плечевого пояса, дисфункция верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), вторичная лимфедема области головы и шеи, дефекты речи, психологические нарушения [4]. Таким образом, сочетание улучшения онкологических результатов лечения ЗНО, с одной стороны, и широкого спектра функциональных расстройств, возникающих в процессе лечения или после его завершения и приводящих к ухудшению качества жизни, с другой, определяют необходимость проведения полноценной реабилитации онкологических пациентов.

Комплексная реабилитация уменьшает негативное влияние симптомов, связанных с лечением, и улучшает качество жизни пациентов как на фоне лечения, так и после его завершения [5]. Несмотря на растущее количество фактов и рекомендаций о необходимости лучшей интеграции медицинской реабилитации в онкологическую помощь, полноценное восстановительное лечение онкологическим пациентам практически не проводится. Данная проблема существует не только в нашей стране, но и за рубежом. При этом она со временем только растет, поскольку популяция пациентов в ремиссии продолжает увеличиваться.

В 2017 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выступила с инициативой «Реабилитация 2030», которая является призывом к действиям по расширению глобального доступа к высококачественной реабилитации как основной медицинской услуге для людей с неинфекционными заболеваниями. Учитывая функциональные, психологические и другие нарушения, связанные как с самим ЗНО, так и с его лечением, ВОЗ определила онкологию в качестве приоритетной области для этой инициативы.

В нашей стране в соответствии с рекомендациями ВОЗ в настоящее время проводится крупномасштабная работа по разработке и внедрению в клиническую практику методических рекомендаций по медицинской реабилитации онкологических пациентов на всех этапах лечения. При этом работа строится исходя из основных принципов реабилитации: этапность, непрерывность, преемственность, комплексный характер, индивидуальный подход к восстановлению утраченных или нарушенных функций.

Этапы медицинской реабилитации онкологических пациентов

Этапность медицинской реабилитации давно вошла в практику специалистов физической и реабилитационной медицины и утверждена приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202009250036?index=20&rangeSize=1>).

Выделяют 3 основных этапа реабилитации:

- I этап реабилитации – реабилитация в период специализированного лечения основного заболевания (включая хирургическое лечение/химиотерапию/лучевую терапию) в отделениях медицинских организаций по профилю основного заболевания;
- II этап реабилитации – реабилитация в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центров, отделений реабилитации) в ранний восстановительный период течения заболевания, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания;
- III этап реабилитации – реабилитация в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры (ЛФК), рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому.

В случае реабилитации онкологических пациентов тактика восстановительного лечения и выбор ее методов не привязаны к срокам госпитализации. Кроме того, вводится дополнительный этап, этап предреабилитации (prehabilitation), который играет одну из ведущих ролей в восстановительном лечении данной категории больных и влияет как на качество жизни пациента, так и на результаты лечения.

Предреабилитация – это реабилитация с момента постановки диагноза до начала лечения (хирургического лечения/химиотерапии/лучевой терапии). Проведение предреабилитации

Информация об авторах / Information about the authors

Гриднев Олег Владимирович – д-р мед. наук, науч. консультант, проф. Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).
ORCID: 0000-0002-9096-9223

Свиридов Сергей Викторович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии лечебного факультета ФГАУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». ORCID: 0000-0002-9976-8903

Шестопалов Александр Ефимович – д-р мед. наук, проф. каф. анестезиологии и неотложной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО, гл. науч. сотр. ФГБНУ ФНЦК РР. ORCID: 0000-0002-5278-7058

Oleg V. Gridnev – D. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-9096-9223

Sergey V. Sviridov – D. Sci. (Med.), Prof., Pirogov Russian National Research Medical University. ORCID: 0000-0002-9976-8903

Aleksandr E. Shestopalov – D. Sci. (Med.), Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Federal Scientific and Clinical Center for Resuscitation and Rehabilitation. ORCID: 0000-0002-5278-7058

тации значительно ускоряет функциональное восстановление, сокращает сроки пребывания в стационаре и снижает частоту развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения онкологического заболевания. Предреабилитация всегда носит комплексный, мультидисциплинарный характер и включает в себя ЛФК, психологическую и нутритивную поддержку, информирование больных. Основной целью предреабилитации является предотвращение или уменьшение тяжести предполагаемых связанных с лечением физических нарушений и психологических расстройств, которые могут привести к инвалидности. Согласно большинству международных рекомендаций она должна начинаться за месяц до начала лечения, при этом физическая предреабилитация и нутритивная подготовка играют ведущую роль [6].

Физическая предреабилитация должна состоять из комбинации аэробной и анаэробной нагрузок, которые могут проводиться как самостоятельно пациентом, так и под контролем специалистов [7]. Вовремя начатая, правильно дозированная и индивидуально подобранная физическая предреабилитация уменьшает частоту осложнений, связанных с I этапом лечения, улучшает качество жизни, увеличивает тонус мышц и сокращает длительность пребывания пациента в стационаре, позволяет вернуться к полноценной жизни в более ранние сроки.

Диетотерапия и нутритивная поддержка

Нутритивная подготовка также крайне важна. До 40% пациентов, поступающих для стационарного лечения, имеют исходный недостаток питания. По данным V. Shpata и соавт., он может достигать 84,9% [8], а нутритивная недостаточность негативно влияет в том числе и на результаты лечения. Так, P. Kabata и соавт. отметили, что в группе пациентов, которым в течение 14 дней до операции проводилась нутритивная подготовка, в 2 раза реже развивались осложнения ($p < 0,001$), в том числе инфекционные, по сравнению с контрольной группой, которой рекомендована обычная диета без применения специализированного питания [9].

В настоящее время согласно рекомендациям Европейского общества по клиническому питанию (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN), целесообразно начинать энтеральное питание не менее чем за 14 дней до операции не только пациентам с исходными признаками истощения, но и больным, для которых невозможно будет полноценное питание в раннем послеоперационном периоде [6]. Имеются данные о том, что нутритивная и физическая предреабилитация положительно влияют и на выживаемость пациентов. M. Trépanier и соавт. на примере 202 пациентов с KPP I–III стадии (104 – предреабилитация, 98 – контроль) показали, что проведение комплексной предреабилитации в течение 1 мес до начала лечения ассоциируется с улучшением 5-летней выживаемости для пациентов с III стадией заболевания ($p = 0,044$) [10].

Тактика Fast Track Rehabilitation и ERAS (early rehabilitation after surgery – ранняя реабилитация после операции) в настоящее время является общепризнанной, и в ней одну из самых важных ролей играет реабилитация с включением элементов предреабилитации, описанных выше, ранней активизации, ранней нутритивной подготовки. Данная методика впервые внедрена в практику в абдоминальной хирургии, но в настоящее время она широко применяется по всему миру в онкохирургии [11, 12]. Применение методики Fast Track Rehabilitation уменьшает частоту и тяжесть осложнений, соответственно, сокращает сроки пребывания пациента в стационаре, что уменьшает общую стоимость терапии, при этом позитивно влияя на качество жизни больного [13].

На фоне системного лечения и лучевой терапии реабилитация также крайне показана, физическая нагрузка и нутритивная поддержка продолжают играть ведущую роль.

Одна из проблем во время химиотерапии и лучевой терапии состоит в том, чтобы завершить запланированные ци-

Таблица 1. Потребность онкологических больных в энергии и нутриентах
Table 1. Energy and nutrient requirements of cancer patients

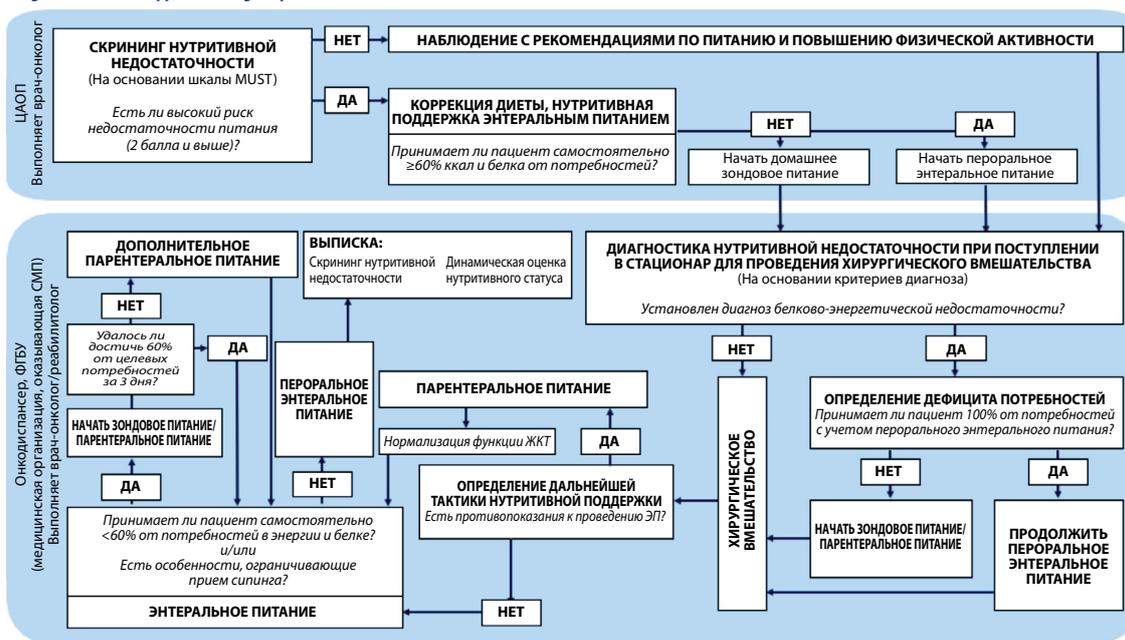
Энергия	25–30 ккал/кг массы тела в сутки
Белок	1,5 (не менее 1,0) г/кг массы тела в сутки
Омега-3-жирные кислоты рыбьего жира	1–2 г/сут
Витамины и микроэлементы	В соответствии со стандартными суточными потребностями

клы и дозы без дозозависимой токсичности. Растущее количество исследований ясно демонстрирует взаимосвязь между токсичностью, ограничивающей дозу, и низкой мышечной массой. Кроме того, недоедание приводит к снижению работоспособности, ухудшению качества жизни, незапланированным госпитализациям и снижению выживаемости. За последние 10 лет многие исследования, оценивающие исходы лечения у онкологических больных, перенесших химиотерапию, показали, что потеря мышечной массы является независимым фактором риска токсичности, ограничивающей дозу, госпитализации и выживаемости. До настоящего времени онкологи, в том числе за рубежом, не всегда в полной мере осознавали важность диетотерапии и нутритивной поддержки у пациентов, получающих противоопухолевое лечение. В исследовании, посвященном распространенности нутритивной недостаточности среди пациентов, получающих системное лечение, проведенном во Франции, куда включены 1903 онкологических больных, показано, что 42% пациентов с имеющимися признаками недостаточности питания не назначена нутритивная поддержка [14]. Эта проблема остро стоит и в нашей стране. При этом в большинстве международных рекомендаций, в том числе рекомендаций Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) от 2021 г., отмечено, что к нутритивной поддержке на фоне лечения ЗНО следует относиться не как к опции, а как к обязательному компоненту лечения, ее следует начинать как можно раньше (при наличии показаний), поскольку при легкой степени питательной недостаточности гораздо проще стабилизировать нутритивный статус и предотвратить тяжелое истощение вследствие прогрессирования катаболизма. При этом скрининг нутритивного статуса должен применяться также у амбулаторных пациентов, так как у каждого третьего из них развивается тяжелое истощение [15].

ЗНО сами по себе не оказывают стойкого влияния на расход энергии в покое, однако этот показатель меняется на фоне противоопухолевой терапии. Тем не менее с учетом сниженного уровня физической активности при распространенных ЗНО общий расход энергии обычно ниже расчетного значения расхода энергии у здоровых людей. Практические рекомендации по расчету необходимого уровня потребности представлены в табл. 1.

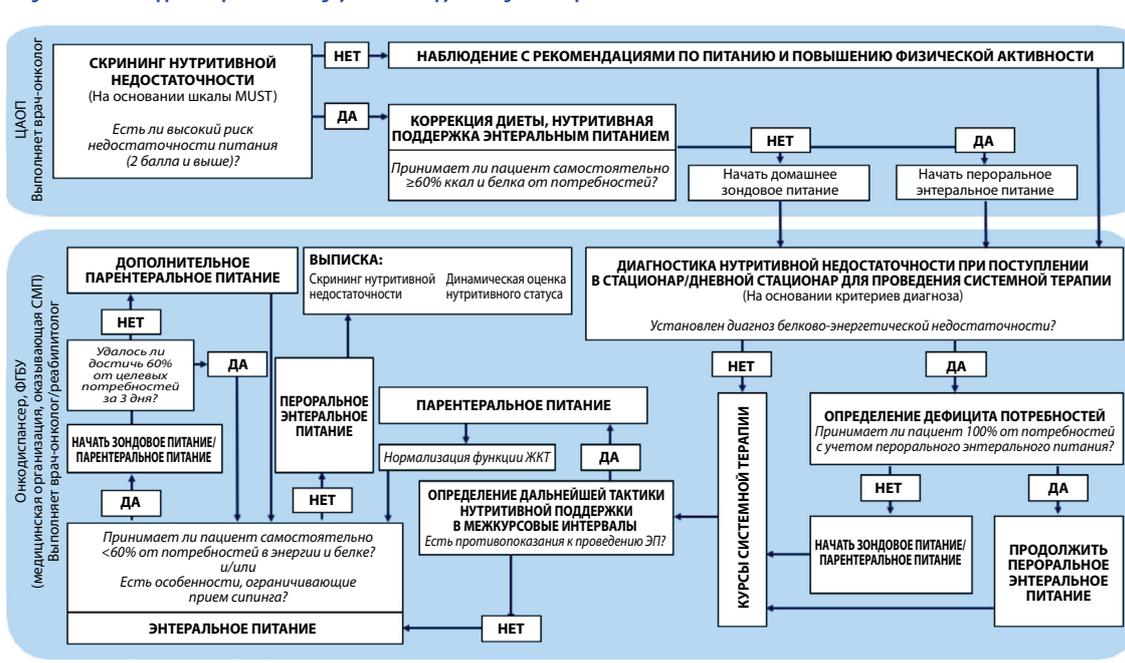
Реабилитация онкологических больных относится к направлению «реабилитация при соматических патологиях», но в силу специфики характера онкологического лечения (длительности, индивидуального плана лечения, основанного на сочетании хирургической, лекарственной и лучевой терапии, развития побочных эффектов на фоне него) и течения заболевания (вероятности развития рецидива и прогрессирования основного заболевания) в последнее время созрела необходимость внесения дополнений в приказ №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» для профиля «онкология». Немаловажной составляющей является корректная маршрутизация пациента при проведении нутритивной поддержки. На основе всего вышесказанного предлагаются следующие схемы маршрутизации нутритивной поддержки пациентов хирургического профиля (рис. 1) и маршрутизации нутритивной поддержки пациентов на фоне системной терапии ЗНО (рис. 2).

Рис. 1. Маршрутизация нутритивной поддержки пациентов хирургического профиля.
Fig. 1. Routing of nutritional support for surgical patients.



Примечание. Здесь и далее на рис. 2: ЦАОП – центр амбулаторной онкологической помощи, СМП – скорая медицинская помощь, ЭП – энтеральное питание.

Рис. 2. Маршрутизация нутритивной поддержки пациентов на фоне системной терапии ЗНО.
Fig. 2. Routing of nutritional support for patients during systemic therapy of malignant neoplasms.



Значимость физической активности

Для обеспечения успеха проводимой нутритивной поддержки крайне важна и необходима ЛФК на фоне системной и лучевой терапии, которая не только улучшает качество жизни пациента, но и положительно влияет на результаты лечения. Сочетание аэробной нагрузки, упражнений на сопротивление, элементов йоги увеличивает мышечную силу, улучшает работу сердечно-сосудистой системы, уменьшает опасность развития тревоги и депрессии, слабость, тошноту, рвоту, болевой синдром, улучшает настроение, способствует профилактике кардиальных осложнений и в целом улучшает переносимость как системного лечения, так лучевой терапии [16]. В исследовании В. Гуегсио и соавт. включены 1218 пациентов с диссеминированным КРР, получающих системную терапию [FOLFIRI/

FOLFOX + (цетуксимаб + бевацизумаб) или цетуксимаб/бевацизумаб]. Авторами отмечено, что повышение уровня физической активности статистически значимо улучшает переносимость системного лечения. При этом нагрузка, эквивалентная 30 или более минутам умеренной ежедневной активности, связана с 27%-ым снижением тяжелой токсичности на фоне лечения. Кроме того, общая выживаемость пациентов с более высоким уровнем физической активности статистически значимо выше по сравнению с тем, чья активность меньше, а разница в выживаемости без прогрессирования составила почти 20% в пользу тех, кто больше занимался спортом [17].

Повышение физической активности и коррекция питания определяют качество жизни и выживаемость и у пациентов, завершивших лечение.

Влияние физической активности на выживаемость онкологических пациентов наилучшим образом изучено для пациентов с РМЖ, КРП, раком предстательной железы. По данным метаанализа от 2019 г., повышение уровня физической активности у пациентов с РМЖ достоверно уменьшает смертность от всех причин на 48%, летальность в связи с основным заболеванием на 38%, в случае КРП – на 42 и 38% соответственно, рака предстательной железы – на 37–49 и 37% соответственно.

Другие методы реабилитации

Помимо ЛФК и нутритивной поддержки в послеоперационном периоде могут быть назначены массаж, методы физиотерапии, которые доказали свою безопасность и эффективность у онкологических больных.

Массаж играет важную роль в поддерживающей терапии онкологических больных. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) и Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) рекомендуют массаж для уменьшения слабости, болевого синдрома, уменьшения тревоги и депрессии, лечения вторичной лимфедемы [18, 19].

В 2020 г. опубликован систематический обзор, в котором оценивались безопасность и эффективность массажа у онкологических больных. В результате анализа литературы отмечено, что массаж эффективен в лечении болевого синдрома, усталости, тошноты и рвоты у онкологических больных, при этом о побочных эффектах массажа, в том числе увеличении частоты прогрессирования опухолевого процесса, не сообщалось [20]. Аппаратные методики, такие как пневмокомпрессия [21], глубокая осцилляция [22], также могут быть назначены.

В объем медицинской реабилитации на всех этапах лечения пациентов возможно включать такие методики, как низкоинтенсивная лазеротерапия (НИЛИ), электротерапия, низкочастотная магнитотерапия, гипербарическая оксигенация (ГБО).

В 2011 г. на заседании Американской ассоциации онкологов (ASCO) НИЛИ отмечена как эффективная методика, достоверно уменьшающая тяжесть течения и частоту развития мукозитов слизистой оболочки полости рта (48% – группа контроля, 6% – группа НИЛИ), язвенных поражений полости рта (83% – группа плацебо, 49% – группа НИЛИ), болевого синдрома, слабости, нарушения глотания, эмоциональных нарушений, не влияющая на онкологические результаты лечения [23]. Международная ассоциация поддерживающей терапии в онкологии (MASCC) и Международное общество по лечению опухолей полости рта (International Society for Oral Oncology – ISOO) в 2013 г. утвердили НИЛИ как эффективное и безопасное лечение мукозита полости рта у онкологических больных [24]. НИЛИ также показала свою эффективность в лечении периферической полинейропатии на фоне лечения ЗНО [25], вторичной лимфедемы после комбинированного лечения РМЖ [26], лучевого дерматита [27].

Электротерапия, в частности чрескожная электростимуляция (ЧЭС, TENS), давно зарекомендовала себя как неинвазивный, дешевый, нефармакологический метод лечения болевого синдрома, в том числе у онкологических больных [28]. Она назначается для коррекции периферической полинейропатии на фоне системного лечения [29], дизестезии после хирургического лечения РМЖ [30], постмастэктомического болевого синдрома [31]. Кроме того, тиббиальная нейромодуляция входит в комплексное консервативное лечение нарушений функции тазовых органов у онкологических больных [32].

Низкочастотная магнитотерапия, по некоторым данным, также показала свою эффективность в лечении полинейропатии на фоне химиотерапии [33], болевого синдрома и нарушения трофики тканей у онкологических больных [34].

ГБО широко применяется за рубежом у онкологических больных. В нашей стране данная методика неслаженно игнорируется. Между тем она входит в многочисленные рекомендации по лечению лучевых циститов [35]. Данная методика в 2018 г. включена в клинические рекомендации Американского общества хирургов толстой и прямой кишки (ASCRS) по лечению лучевых ректитов [36]. Также показа-

на эффективность ГБО в лечении лучевых дерматитов [37], остеонекроза нижней челюсти на фоне терапии остеомодифицирующими агентами [38].

Психологическая поддержка

Психологическая поддержка является обязательным компонентом мультидисциплинарного подхода в восстановительном лечении онкологических больных на всех этапах лечения. Многие исследования отмечают положительное влияние занятий с психологом на эмоциональное состояние больных, их качество жизни. Имеются данные и о влиянии на продолжительность жизни, хотя они порой противоречивы и требуют дальнейших исследований. Несмотря на это, до сих пор некоторые онкологи недооценивают роль психолога в лечении больных, часто не обращая внимания на их психологические проблемы [39].

Между тем, по данным авторов, нервно-психические нарушения у онкологических больных могут сохраняться в течение многих лет после завершения лечения, снижая качество их жизни, являясь причиной инвалидизации [40, 41].

Именно поэтому им необходима психологическая помощь на всех этапах лечения, особенно на этапе предреабилитации, который является самым психологически тяжелым этапом.

Основная задача психолога – это помощь в принятии и адаптации личности к ситуации онкозаболевания [42]. Психолог может помочь настроиться больному на лечение, сформировать мотивацию на борьбу за собственную жизнь.

Страх перед болезнью, тревога за будущее и другие негативные переживания бывают настолько глубоки, что мешают лечению, поэтому психолог может оказывать необходимую эмоциональную поддержку больному при подготовке к операции, химиотерапии, радиотерапии. То есть психолог сопровождает больного на протяжении всех этапов лечения, а при необходимости и после завершения лечения для адаптации в социуме.

Психологическая травма, связанная с таким трудным испытанием, как рак, безусловно, отражается на психике больного и его родственников, поэтому психолог оказывает помощь и им тоже.

В настоящее время в зарубежной и отечественной литературе описываются занятия онкологических больных с психологом в рамках следующих подходов: психодинамического, когнитивно-поведенческого, визуализации, предложенной К. и С. Саймонтами, символдрамы, экзистенциального и арт-терапевтического. Традиционно психологическая помощь начинается с консультации и психодиагностики актуального состояния больного, выявления особо значимых представлений о болезни и ее последствиях для человека, а затем формат может быть различным: индивидуальный, групповой и семейный.

Когнитивно-поведенческая психотерапия – это интеграция когнитивного и поведенческого подходов, является наиболее рекомендуемой в онкологии. В процессе психотерапии уменьшаются проявления дистресса: снижается уровень тревоги и депрессии, боли, хронической усталости и др.

Задача когнитивной терапии – выявить когнитивные ошибки человека, ведущие к искажению жизненного опыта, в результате чего изменяются его дезадаптивные убеждения относительно болезни и лечения.

Поведенческие техники как одни из компонентов терапии включают методы саморегуляции: релаксация, приемы медитации, позитивное воображение и др.

Релаксация направлена на снижение тревоги, повышение стрессоустойчивости.

Медитации на расслабление снимают мышечные блоки, улучшают физическое и психическое состояние, особенно полезны во время сеанса химио/лучевой терапии.

Эффективным способом для снятия боли, страха, общего напряжения, улучшения сна является прослушивание специально подобранной музыки и звуков природы в состоянии мышечной релаксации.

Бинауральные ритмы редко используются в психотерапии, однако являются эффективным и безопасным для он-

кобольных методом. Ритмы улучшают функционирование мозга, налаживая межполушарные нервные связи на нужной частоте. Благодаря этому формируется терапевтически необходимое состояние сознания, которому свойственна эта активность. Разными состояниями сознания достигаются вхождение в релаксацию разной глубины или погружение в сон, включение интегративных процессов, ведущих к ощущению психологического равновесия [43].

Позитивное воображение основано на смене негативно-го образа на положительный, что оказывает благоприятное действие; рекомендуется при болевых или других неприятных ощущениях в послеоперационном периоде или во время сеанса химиотерапии.

Арт-терапия (терапия искусством) – наиболее простой и эффективный способ для работы с больными. Он основывается на том, что можно выразить накопленные негативные эмоции и тяжелые переживания на символическом уровне: негативные чувства человеку порой легче выразить с помощью зрительных образов, а не просто в разговоре с психологом. Через рисунок и цветовую гамму больной может освободиться от боли, тревоги, страха и гармонизировать свое состояние [44].

Визуализация по Саймонтонам – это представление, которое помогает поддерживать в человеке установку на возвращение здоровья. В основе метода лежит представление о том, что мы сами воздействуем на свое здоровье, но не только с помощью физических упражнений и здорового питания, но и через свои собственные представления, эмоции, чувства. Кроме того, отзывчивость организма на лечение зависит от нашей веры в эффективность лечения и нашего доверия к врачам. С помощью воображаемых образов человек может повышать эффективность лечения [45].

В настоящее время во всем мире широко используются методы групповой терапии. Групповая терапия требует, с одной стороны, активности со стороны больного, а с другой – влияет на эмоциональную сторону личности, на ее экзистенциальный уровень.

Заключение

Реабилитация онкологических пациентов развивается наряду с развитием онкологии в целом. В наши дни все больше становятся актуальными не только выживаемость, но и качество жизни, как после завершения активного лечения, так и на фоне него. Проведение индивидуально подобранного комплексного восстановительного лечения, включающего корректную маршрутизацию нутритивной поддержки, проводимого мультидисциплинарной командой, направленного на коррекцию не только медицинских проблем, но и социальных возможностей пациента, учитывающего персональный опыт пациента, его психологические черты, привычки и т.д., помогает значительно снизить количество осложнений, улучшить качество жизни больных.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Kumar A, Langstraat CL, DeJong SR, et al. Functional not chronologic age: Frailty index predicts outcomes in advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2017;147(1):104-9. DOI:10.1016/j.ygyno.2017.07.126; PMID: 28734497
- Antonio M, Saldaña J, Carmona-Bayonas A, et al. Geriatric Assessment Predicts Survival and Competing Mortality in Elderly Patients with Early Colorectal Cancer: Can It Help in Adjuvant Therapy Decision-Making? *Oncologist.* 2017;22(8):934-43. DOI:10.1634/theoncologist.2016-0462; PMID: 28487465; PMCID: PMC5553962
- Presley CJ, Han L, Leo-Summers L, et al. Functional trajectories before and after a new cancer diagnosis among community-dwelling older adults. *J Geriatr Oncol.* 2019;10(1):60-7. DOI:10.1016/j.jgo.2018.05.017; PMID: 29937422; PMCID: PMC6526705
- Gegechkori N, Haines L, Lin JJ. Long-Term and Latent Side Effects of Specific Cancer Types. *Med Clin North Am.* 2017;101(6):1053-73. DOI:10.1016/j.mcna.2017.06.003
- Smith SR, Zheng JY, Silver J, et al. Cancer rehabilitation as an essential component of quality care and survivorship from an international perspective. *Disabil Rehabil.* 2020;42:8-13.
- Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr.* 2021;40(5):2898-913. DOI:10.1016/j.clnu.2021.02.005; PMID: 33946039
- Singh B, Hayes SC, Spence RR, et al. Exercise and colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of exercise safety, feasibility and effectiveness. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020;17(1):122. DOI:10.1186/s12966-020-01021-7; PMID: 32972439; PMCID: PMC7513291
- Shpata V, Prendushi X, Kreke M, et al. Malnutrition at the time of surgery affects negatively the clinical outcome of critically ill patients with gastrointestinal cancer. *Med Arch.* 2014;68(4):263-7.
- Kabata P, Jastrzębski T, Kałol M, et al. Preoperative nutritional support in cancer patients with no clinical signs of malnutrition – prospective randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2015;23:365-37.
- Trépanier M, Minnella EM, Paradis T, et al. Improved Disease-free Survival After Prehabilitation for Colorectal Cancer Surgery. *Ann Surg.* 2019;270(3):493-501. DOI:10.1097/SLA.0000000000003465; PMID: 31318793
- Lee Y, Yu J, Doumouras AG, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) versus standard recovery for elective gastric cancer surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Oncol.* 2020;32:75-87. DOI:10.1016/j.suronc.2019.11.004; PMID: 31786352
- Zhang D, Sun K, Wang T, et al. Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy and Safety of Enhanced Recovery After Surgery vs. Conventional Recovery After Surgery on Perioperative Outcomes of Radical Cystectomy. *Front Oncol.* 2020;10:541390. DOI:10.3389/fonc.2020.541390; PMID: 33072572; PMCID: PMC7538712
- Noba L, Rodgers S, Chandler C, et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Reduces Hospital Costs and Improve Clinical Outcomes in Liver Surgery: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gastrointest Surg.* 2020;24(4):918-32. DOI:10.1007/s11605-019-04499-0; PMID: 31900738; PMCID: PMC7165160
- Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, et al. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2014;38:196-204.
- Сытов А.В., Зузов С.А., Кукош М.Ю., и др. Практические рекомендации по нутритивной поддержке онкологических больных. Злокачественные опухоли. Практические рекомендации RUSSCO #3s2. 2021;11(43) [Sytov AV, Guzov SA, Kukosh MY, et al. Practical recommendations for nutritional support of cancer patients. Malignant tumors. Practical recommendations of RUSSCO #3s2. 2021;11(43) (in Russian)].
- Piroux E, Caty G, Aboubakar N, et al. Effects of exercise therapy in cancer patients undergoing radiotherapy treatment: a narrative review. *SAGE Open Med.* 2020;8:2050312120922657. DOI:10.1177/2050312120922657
- Guercio BJ, Zhang S, Ou FS, et al. Associations of Physical Activity With Survival and Progression in Metastatic Colorectal Cancer: Results From Cancer and Leukemia Group B (Alliance)/SWOG 80405. *J Clin Oncol.* 2019;37(29):2620-31. DOI:10.1200/JCO.19.01019; PMID: 31408415; PMCID: PMC6900834
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN): 2018 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Supportive Care: Cancer-Related Fatigue. version 2.2018. Available at: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf. Accessed: 29.03.2018.

19. Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, et al. Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2014;346-58.
20. Alhamdoun A, Alomari K, Qadire MA. The Effects of Massage Therapy on Symptom Management among Patients with Cancer: A Systematic Review. *Int Res J Oncol.* 2020;3(2):38-45.
21. Sanal-Toprak C, Ozsoy-Unubol T, Bahar-Ozdemir Y, et al. The efficacy of intermittent pneumatic compression as a substitute for manual lymphatic drainage in complete decongestive therapy in the treatment of breast cancer related lymphedema. *Lymphology.* 2019;52(2):82-91. PMID: 31525829
22. Belmonte R, Tejero M, Ferrer M, et al. Efficacy of low-frequency low-intensity electrotherapy in the treatment of breast cancer-related lymphoedema: a cross-over randomized trial. *Clin Rehabil.* 2012;26(7):607-18. DOI:10.1177/0269215511427414; PMID: 22172923; PMCID: PMC3573682
23. Jadaud E, Bensadoun R. Low-level laser therapy: a standard of supportive care for cancer therapy-induced oral mucositis in head and neck cancer patients? *Laser therapy.* 2012;21(4):297-303. DOI:10.5978/islsm.12-RE-01
24. Elad S, Cheng KKF, Lalla RV, et al. Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer.* 2020;126(19):4423-31. DOI:10.1002/cncr.33100; PMID: 32786044; PMCID: PMC7540329
25. Lodewijckx J, Robijns J, Bensadoun RJ, et al. Photobiomodulation Therapy for the Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: An Overview. *Photobiomodul Photomed Laser Surg.* 2020;38(6):348-54. DOI:10.1089/photob.2019.4771; PMID: 32460667
26. Kilmartin L, Denham T, Fu MR, et al. Complementary low-level laser therapy for breast cancer-related lymphedema: a pilot, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Lasers Med Sci.* 2020;35(1):95-105. DOI:10.1007/s10103-019-02798-1; PMID: 31079232
27. Strouthos I, Chatzikonstantinou G, Tselis N, et al. Photobiomodulation therapy for the management of radiation-induced dermatitis: A single-institution experience of adjuvant radiotherapy in breast cancer patients after breast conserving surgery. *Strahlenther Onkol.* 2017;193(6):491-8. DOI:10.1007/s00066-017-1117-x; PMID: 28243723
28. Franklin AE, Lovell MR. Pain and pain management. In: Textbook of palliative care. Eds. RD MacLeod, L van den Block. Cham: Springer International Publishing, 2019.
29. Gewandter JS, Chaudari J, Ibegbu C, et al. Wireless transcutaneous electrical nerve stimulation device for chemotherapy-induced peripheral neuropathy: an open-label feasibility study. *Support Care Cancer.* 2018;27(5):1765-74.
30. Carvalho A, Mendonca R, Tirrolli M, et al. TENS effects on dysesthesia and quality of life after breast cancer surgery with axilectomy: randomized controlled trial. *Fisioter Mov.* 2017;30(1):S285-95.
31. Angeles MM, Larios PBL, Martinez GMI. Effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation associated to acetaminophen in the reduction of postmastectomy pain related to neoplasm in female patients at ISSSTE. *Investigaciyn en Discapacidad.* 2018;7(3):91-9.
32. Sakr A, Sauri FAM, Zakarnah E, et al. Assessment and management of low anterior resection syndrome after sphincter preserving surgery for rectal cancer. *Chin Med J.* 2020;133(15):1824-33. DOI:10.1097/CM9.0000000000000852
33. Rick O, von Hehn U, Mikus E, et al. Magnetic Field Therapy in Patients With Cytostatics-Induced Polyneuropathy: A Prospective Randomized Placebo-Controlled Phase-III Study. *Bioelectromagnetics.* 2017;38(2):85-94.
34. Delbrück H. Rehabilitation and palliation of cancer patients (Patient care). Paris, 2007.
35. Catarino R, Correia T, Cardoso A, et al. Hyperbaric oxygen for radiation-induced cystitis: A long-term follow-up. *Actas Urológicas Españolas.* 2020;44:561-7.
36. Paquette IM, Vogel JD, Abbas MA, et al. Clinical Practice Guidelines Committee of The American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Chronic Radiation Proctitis. *Dis Colon Rectum.* 2018;61(10):1135-40. DOI:10.1097/DCR.0000000000001209; PMID: 30192320
37. Wei J, Meng L, Hou X, et al. Radiation-induced skin reactions: mechanism and treatment. *Cancer Manag Res.* 2018;11:167-77.
38. Watanabe T, Asai K, Fukuhara S, et al. Effectiveness of surgery and hyperbaric oxygen for antiresorptive agent-related osteonecrosis of the jaw: A subgroup analysis by disease stage. *PLoS One.* 2021;16(1):e0244859.
39. Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных. *Злокачественные опухоли.* 2016;4(1):54-8 [Semiglazova TYu, Tkachenko GA, Chulkova VA. Psychological aspects of treatment of oncological patients. *Malignant Tumors.* 2016;4(1):54-8 (in Russian)]. DOI:10.18027/2224-5057-2016-4s1-54-58
40. Самушия М.А. Психические расстройства у больных злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы (клиника, эпидемиология, терапия). Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2015; с. 368 [Samushia MA. Psikhicheskie rasstroistva u bol'nykh zlokachestvennymi novoobrazovaniyami organov zhenskoi reproduktivnoi sistemy (klinika, epidemiologiya, terapiya). Dis. ... d-ra med. nauk. Moscow, 2015; p. 368 (in Russian)].
41. De Vries M, Stiefel F. Psychotherapy in the Oncology. *Setting Recent Results Cancer Res.* 2018;210:145-61. DOI:10.1007/978-3-319-64310-6_9
42. Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Пестерева Е.В., и др. Психологическая реабилитация онкологических больных. *Злокачественные опухоли.* 2018;6(1234):39-41 [Chulkova VA, Semiglazova TYu, Pestereva EV, et al. Psychological rehabilitation of cancer patients. *Malignant tumors.* 2018;6(1234):39-41 (in Russian)].
43. Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщин, страдающих раком молочной железы. *Сибирский психологический журнал.* 2008;30:97-101 [Psychological correction of the crisis state of the personality of women suffering from breast cancer. *Siberian Psychological Journal.* 2008;30:97-101 (in Russian)].
44. Ткаченко Г.А. Арт-терапия в комплексной реабилитации онкологических больных. *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация.* 2019;1(3):37-9 [Tkachenko GA. Art therapy in the complex rehabilitation of cancer patients. *Physical and Rehabilitation Medicine, Medical Rehabilitation.* 2019;1(3):37-9 (in Russian)]. DOI:10.36425/2658-6843-2019-3-37-39
45. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью (Новый взгляд на тяжелые болезни). СПб.: Питер Пресс, 1996 [Simonton K, Simonton S. Vozvrashchenie k zdorov'iu (Novyi vzgliad na tiazhelye bolezni). Saint Petersburg: Peter Press, 1996 (in Russian)].



OMNIDOCOR.RU

Статья поступила в редакцию / The article received: 31.01.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 15.03.2022