

УДК 616.711

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

А.М. Степанова, Г.А. Ткаченко, А.М. Мерзлякова

ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва

Ключевые слова: опухолевые поражения позвоночника, медико-психологические проблемы, болевой синдром, депрессия

Опухолевые поражения позвоночника приводят к болевому синдрому, к инвалидизации и в ряде случаев затрудняют получение адекватного системного лечения, что ведет к сокращению жизни. В результате болезни нарушается трудоспособность больного, значительно снижается общий уровень функционирования. Это сопровождается чувствами бессилия и беспомощности, депрессией, а в случаях выраженного болевого синдрома — суицидальными мыслями.

В связи с совершенствованием методов комбинированного лечения злокачественных опухолей и соответственно увеличением продолжительности жизни растет частота выявления костных метастазов [1].

Некоторые формы опухолей имеют особенную тропность к метастазированию в кости скелета, преимущественно в позвоночник [2]. Наиболее часто вторичные проявления в позвоночнике встречаются при раке молочной железы, предстательной железы, почек, щитовидной железы, легких [3].

Бессимптомное поражение костной системы наблюдается крайне редко. В большинстве случаев метастазы в позвоночник отягощают течение болезни, ухудшают качество жизни за счет болевого синдрома, патологических переломов, сопутствующей неврологической симптоматики, нарушений двигательной функции, развития гиперкальциемии [4]. Все это ведет к инвалидизации, депрессивным расстройствам, не позволяет вести активный образ жизни и в ряде случаев затрудняет получение адекватного системного лечения [5].

В исследованиях Усмановой Е.Б. и соавт. было показано, что у больных с метастатическими поражениями качество жизни ниже по таким параметрам, как физическая активность, возможность выполнять повседневную деятельность и не ограничивать свои социальные контакты в связи

с заболеванием, общее состояние здоровья, интенсивность болевых ощущений, по сравнению с пациентами, у которых диагностировано первичное опухолевое поражение костей, что соответствует объективному соматическому статусу пациентов с метастатическими поражениями [6]. При этом, как отмечают авторы, повышенный уровень тревоги и эмоциональная лабильность встречаются чаще у больных с первичными опухолями в позвоночнике.

В настоящее время много исследований посвящено качеству жизни больных с диссеминированным, инкурабельным опухолевым процессом [7]. Было отмечено, что хирургическое лечение костных осложнений больных с ожидаемо короткой продолжительностью жизни приводит к значительному улучшению качества жизни по сравнению с теми, кому в хирургическом лечении было отказано в связи с крайне неблагоприятным онкологическим прогнозом [8]. В данном исследовании также было отмечено увеличение продолжительности жизни больных после операции по сравнению с группой пациентов, получавших симптоматическую терапию, несмотря на нерадикальный характер хирургического лечения.

Болевой синдром

Метастатическая болезнь может манифестировать различными путями, при этом болевой синдром встречается в 80% случаев и носит, как правило, хронический характер [8].

Как показывают исследования, большинство пациентов с хроническим болевым синдромом отмечают ухудшение когнитивных функций. При

Адрес для корреспонденции

Степанова А.М.
E-mail: stepanovas@list.ru

психологическом тестировании обнаруживаются проблемы с памятью, вниманием, вербальными способностями, гибкостью и скоростью мышления [10]. Болевой синдром у пациентов с метастазами в позвоночник также связан с депрессией, тревогой, страхом и гневом [11]. Это в конечном итоге значительно ухудшает качество жизни, деморализуя и изнуряя как пациентов, так и тех, кто ухаживает за ними [12].

К факторам, влияющим на уровень боли, относится когнитивная оценка боли, то есть как больной ее воспринимает и как относится к происходящему. Если боль воспринимается как безнадежное чувство, как катастрофа, которую нельзя исправить, то боль может субъективно ощущаться как более сильная. Некоторые больные значительно преувеличивают интенсивность своего болевого синдрома. Эта тенденция была описана еще в 1983 г. и названа «catastrophizing» [13]. Было выявлено влияние этого состояния на увеличение количества побочных эффектов на фоне комбинированного лечения.

Если же больной воспринимает ее как один из симптомов болезни и знает ее причины, если уверен, что врачи смогут облегчить ее проявление, то болевой синдром воспринимается значительно слабее.

На интенсивность болевого синдрома также влияет и уровень тревожности личности. Если уровень тревоги высокий, то больной постоянно находится в состоянии напряжения, а излишнее напряжение мышц может провоцировать субъективное усиление боли.

Все это указывает на необходимость психологической коррекции болевого синдрома. Значительная роль психолога в лечении боли у онкологических больных была отмечена во многих исследованиях. Было показано, что у пациентов, которые смогли с помощью специалиста скорректировать свое отношение к болевому синдрому и адекватно оценить свое состояние, повышалась личностная комплаентность, отмечалась лучшая переносимость системной терапии, они реже нуждались в наркотических анальгетиках [14]. Значительное положительное влияние на болевой синдром было отмечено и при использовании специальных дыхательных техник (в частности, абдоминального дыхания), арт-терапии, цветовой визуализации.

Нарушение двигательной функции

Компрессия спинного мозга, одно из самых тяжелых осложнений метастатической болезни, развивается у 10–20% пациентов с диссеминированным раком [15]. Характерные неврологические симптомы компрессионного синдрома включают в себя вертебралгию, радикулопатию и ствольные нарушения [16], что проявляется как болевым синдромом, так и двигательными нарушениями, а также нарушениями функции тазовых органов.

Страдания больных при подобных состояниях обусловлены невозможностью полноценно реализовать одну из основных потребностей живого организма — потребность в движении, а следовательно, невозможностью осознать себя благополучным членом социума. Таким образом, у больных с опухолевыми поражениями позвоночника, несомненно, возникают не только трудности медицинского характера, но и значительные социально-психологические проблемы, основными из которых, по мнению ряда авторов, являются потеря физических возможностей, потеря контроля над физическими функциями и собственной жизнью, потеря независимости, изменения социальных ролей [17].

Потеря независимости — это невозможность осуществлять действия в соответствии со своими желаниями, в соответствии со своими потребностями. Это наиболее характерно для пациентов работоспособного возраста. Молодые пациенты крайне озабочены и испытывают растерянность, представляя свою будущую жизнь инвалидом. Любые действия, поступки, которые еще вчера выполнял сам больной, теперь должны выполняться другими людьми: он не может выбрать одежду и одеться, приготовить пищу и самостоятельно поесть, отправиться на прогулку. Особенно вызывает беспокойство и чувство тревоги невозможность самостоятельно поддерживать личную гигиену, то есть вторжение в интимную жизнь больного, которое, как указывают Булюбаш И.Д. и соавт., нередко воспринимается им как насилие [18]. В ответ на это возникают психогенные реакции, среди которых ведущее место занимает тревожно-депрессивный синдром. Помимо этого, особенно в молодом возрасте, возникает гамма других негативных эмоций: от банального раздражения и агрессии по отношению к родным и близким до потери интереса и смысла жизни. Больные замыкаются в себе, испытывают равнодушие к прежним увлечениям, безучастно относятся к проводимому лечению.

Другими эмоциональными реакциями на заболевание и его последствия могут быть страх, растерянность и гнев. У людей, которые до выявления метастатического поражения позвоночника хорошо приспосабливались к изменениям в своей жизни и никогда не испытывали депрессии или других сильных эмоциональных реакций, может нарушиться их обычное состояние эмоционального равновесия [18].

Вследствие физической ограниченности значительно меняются социальные роли, что негативно влияет на жизнь и психическое состояние больного. Потеря работы, ухудшение материального положения, снижение социальных контактов, неучастие в жизни близких и друзей приводит к чувству собственной ненужности, никчемности, вызывает депрессию.

Подобные нарушения психоэмоционального состояния у пациентов с опухолевыми поражениями позвоночника, которые сопровождаются потерей надежды и смысла жизни, зачастую приводят к появлению суицидальных мыслей.

Частота возникновения суицидальных мыслей у онкологических пациентов в два раза выше, чем у людей в общей популяции. В литературе достаточно мало данных о частоте самоубийств среди онкологических пациентов. Siracuse B.L. и соавт. опубликовали исследование, в котором оценили частоту самостоятельного ухода из жизни пациентов с опухолями костей и мягких тканей [19]. Было отмечено, что частота самоубийств в данной группе больных в США составляет 32 на 100 000 пациентов в год (в общей популяции — 13 на 100 000 в год). При этом наибольшее количество самоубийств было отмечено среди пациентов мужского пола, белой расы, в возрастных группах от 21 года до 30 лет и от 61 года до 70 лет, при поражении костей аксиального скелета и чаще в первые 5 лет после постановки первичного диагноза.

Для улучшения психологического состояния желательно, чтобы больной, несмотря на его физическую обездвиженность или двигательную ограниченность, принимал активное участие в решении семейных и социальных вопросов, чтобы он мог постепенно находить новые, возможно, непривычные для него социальные роли в семье, приобретая новый смысл жизни. Только поддержка семьи может помочь больному справиться с утратой физической активности и переосмыслить свое положение. Важным условием полноценной жизни является предоставление возможности больному самостоятельно принимать решения, влияющие на его лечение и в целом на жизнь. Поддержка его решений, поощрение выполнения соответствующих решений членами семьи способствуют укреплению уверенности в себе, влекут за собой повышение самооценки.

Нарушения функции тазовых органов

Тяжелые переживания испытывают больные из-за отсутствия возможности контролировать мочевой пузырь и кишечник, что приводит к возникновению чувства беспомощности и даже стыда. Часто, маскируя собственную беспомощность, пациенты проявляют неустойчивое настроение, повышенную эмоциональную возбудимость, гнев, обидчивость. Такие больные отмечают у себя неконтролируемые эмоциональные вспышки и раздражительность в ситуации постоянной зависимости от окружающих их людей.

Психические нарушения

У пациентов, имеющих вторичные проявления онкологического процесса в позвоночнике, осложнившиеся болевым синдромом, нарушением двигательных функций и функций органов малого таза, нередко встречаются депрессивные расстройства,

влияющие как на течение основного заболевания, так и на его реабилитационный прогноз. Диагностика и лечение рака, тем более диссеминированного, оказывают негативное психологическое воздействие на пациентов: стресс, тревожность, депрессия и другие психосоматические симптомы могут приводить к принятию неадекватных решений и, следовательно, к ухудшению результатов лечения и выживаемости [20–22]. По некоторым данным, распространенность симптомов депрессии пациентов с диссеминированным раком достигает 40% [23].

В настоящее время проводится большое количество исследований, которые изучают влияние депрессии на общую выживаемость у онкологических больных. Обсуждается влияние депрессивного состояния на иммунную и эндокринную системы. Организм отвечает на физическое, эмоциональное или ментальное давление высвобождением гормонов стресса (эпинефрин, норэпинефрин), которые повышают артериальное давление, увеличивают частоту сердечных сокращений и уровень глюкозы. Эти изменения помогают человеку действовать с большей силой и скоростью, чтобы избежать предполагаемой угрозы [24]. Исследования показали, что люди, которые испытывают сильный или долгосрочный (например, хронический) стресс, могут иметь проблемы с пищеварением, бесплодие, проблемы с мочеиспусканием, с иммунной системой. Они более склонны к вирусным инфекциям, головным болям, к проблемам со сном, депрессии и тревоге [25].

В связи с этим некоторые экспертные организации рекомендуют всем онкологическим пациентам, особенно с диссеминированными формами заболевания, пройти психологическое обследование в начале курса лечения. Также рекомендуется повторный скрининг в критических точках по ходу лечения [26]. Так, лечащие врачи могут использовать шкалы или опросники дистресса, чтобы определить необходимость специализированных консультаций. Пациентов с умеренным и высоким уровнем стресса рекомендуется направлять к клиническому психологу или, при согласии больного, к психиатру.

Таким образом, пациенты с опухолевыми поражениями позвоночника помимо физических и физиологических нарушений испытывают эмоциональные, финансовые, социальные, духовные проблемы, которые значительно снижают общий уровень функционирования, лишают человека возможности справляться с привычными повседневными задачами и сопровождаются чувствами бессилия и беспомощности, депрессией, а в случаях выраженного болевого синдрома — суицидальными мыслями. Совершенствование методов лечения значительно увеличивает выживаемость онкологических больных, в том числе и при наличии метастатического поражения позвоночника [9]. На

этом фоне улучшение качества их жизни становится приоритетной задачей. Это требует мультидисциплинарного подхода к реабилитации с включением в лечебный процесс онкологов-реабилитологов, психологов, психотерапевтов и других специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

- Amelot A., Balabaud L., Choi D. et al. Surgery for metastatic spine tumors in the elderly. Advanced age is not a contraindication to surgery! *Spine J.* 2015, pii: S1529-9430 (15) 01148-1.
- Siegel R., Ma J., Zou Z., Jemal A. Cancer statistics, 2014. *CA Cancer J. Clin.* 2014, v. 64, p. 9-29.
- Maccauro G., Spinelli M.S., Mauro S., Perisano C., Graci C., Rosa M.A. Physiopathology of spine metastasis. *International Journal of Surgical Oncology.* 2011, 107969.
- Li B.T., Wong M.H., Pavlakis N. Treatment and Prevention of Bone Metastases from Breast Cancer: A Comprehensive Review of Evidence for Clinical Practice. *J. Clin. Med.* 2014, v. 3, p. 1-24.
- Ripamonti C., Bandieri E., Roila F. On behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann. Oncol.* 2011, 22.
- Усманова Е.Б., Сушенцов Е.А., Щелкова О.Ю. Качество жизни пациентов с опухолями костей. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2015, № 1, с. 55-61.
- Cella D., Ivanescu C., Holmstrom S., Bui C.N., Spalding J., Fizazi K. Impact of enzalutamide on quality of life in men with metastatic castration-resistant prostate cancer after chemotherapy: additional analyses from the AFFIRM randomized clinical trial. *Ann. Oncol.* 2015, v. 26 (1), p. 179-185.
- Tang Y., Qu J., Wu J., Liu H., Chu T., Xiao J., Zhou Y. Effect of Surgery on Quality of Life of Patients with Spinal Metastasis from Non-Small-Cell Lung Cancer. *J. Bone Joint. Surg. Am.* 2016, v. 2, 98 (5), p. 396-402.
- Wong M.L., Lau H.C., Kaye A.H. The management of malignant spinal cord compression: A modified technique of spinal reconstruction. *Neurological Research.* 2014, v. 36, p. 544-549.
- Kreitler S., Niv D. Cognitive impairment in chronic pain. *Pain: Clinical Updates.* 2007, v. XV (4).
- Bruehl S., Burns J.W., Chung O.Y., Chont M. Pain-related effects of trait anger expression: neural substrates and the role of endogenous opioid mechanisms. *Neurosci Biobehav. Rev.* 2009, v. 33 (3), p. 475-491.
- Induru R.R., Lagman R.L. Managing cancer pain: frequently asked questions. *Cleve Clin. J. Med.* 2011, v. 78 (7), p. 449-464.
- Rosenstiel A.K., Keefe F.J. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain.* 1983, v. 17 (1), p. 33-44.
- Porter L.S., Keefe F.J. Psychosocial issues in cancer pain. *Curr. Pain. Headache Rep.* 2011, v. 15 (4), p. 263-270.
- Zairi F., Marinho P., Bouras A., Allaoui M., Assaker R. Recent concepts in the management of thoracolumbar spine metastasis. *J. Neurosurg. Sci.* 2013, v. 57, p. 45-54.
- Dugas A.F., Lucas J.M., Edlow J.A. Diagnosis of spinal cord compression in nontrauma patients in the emergency department. *Acad. Emerg. Med.* 2011, v. 18 (7), p. 719-725.
- Fann J., Ell K., Sharpe M. Integrating Psychosocial Care into Cancer Services. *J. Clin. Oncol.* 2012, v. 30 (11), p. 1178-1186.
- Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара: Издательский Дом «Бахрах-М». 2011, 272 с.
- Siracuse B.L., Gorgy G., Ruskin J., Beebe K.S. What is the incidence of suicide in patients with bone and soft tissue cancer? Suicide and sarcoma. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2017, v. 475 (5), p. 1439-1445.
- Bouras G., Markar S.R., Burns E. et al. Linked hospital and primary care database analysis of the incidence and impact of psychiatric morbidity following gastrointestinal cancer surgery in England. *Ann. Surg.* 2016, v. 264, p. 93-99.
- Nakaya N., Bidstrup P.E., Saito-Nakaya K. et al. Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. *Am. J. Epidemiol.* 2010, v. 172, p. 377-385.
- Adelita V., Ranchor A.V., Sanderman R., Coyne J. Invited commentary: personality as a causal factor in cancer risk and mortality-time to retire a hypothesis? *Am. J. Epidemiol.* 2010, v. 172, p. 386-388.
- Nakaya N. Effect of psychosocial factors on cancer risk and survival. *J. Epidemiol.* 2014, v. 24, p. 1-6.
- Lutgendorf S.K., De Geest K., Dahmouch L. et al. Social isolation is associated with elevated tumor norepinephrine in ovarian carcinoma patients. *Brain, Behavior, and Immunity.* 2011, v. 25 (2), p. 250-225.
- Moreno-Smith M., Lutgendorf S.K., Sood A.K. Impact of stress on cancer metastasis. *Future Oncology.* 2010, v. 6 (12), p. 1863-1881.
- Holland J., Watson M., Dunn J. The IPOS new international standard of quality cancer care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psychooncology.* 2011, v. 20, p. 677-680.

Статья поступила 10.05.2017 г., принята к печати 02.06.2017 г.
Рекомендована к публикации И.Р. Сафиним

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF PATIENTS WITH NEOPLASTIC LESIONS OF THE SPINE

Stepanova A.M., Tkachenko G.A., Merzlyakova A.M.

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Key words: neoplastic lesions of the spine, medical and psychological problems, pain, depression

Neoplastic lesions of the spine lead to pain syndrome, the disability, and in some cases make it difficult to obtain adequate systemic treatment, which leads to a reduction of life duration. The disease results in impaired work capacity of the patient, significantly reduced the overall level of functioning that is accompanied by feelings of powerlessness and helplessness, depression, and in cases of pronounced pain syndrome, suicidal thoughts.