

## ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*А.О. Арзыматова* – соискатель

---

Обсуждены проблемы оказания паллиативной помощи больным онкологическими заболеваниями в Кыргызстане. Показана общая структура больных, прошедших по отделению реабилитации в Национальном центре онкологии.

*Ключевые слова:* рак; паллиативная помощь.

Паллиативная медицина – область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов онкологической патологии и другими формами хронических заболеваний, преимуще-

ственно в терминальной стадии развития, в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. Паллиативная помощь призвана повышать качество

жизни пациента, несмотря на предполагаемую небольшую продолжительность жизни [1, 2].

Основными принципами оказания паллиативной помощи являются: формирование принципиально новой медико-социальной помощи – помощи, основанной на милосердии и гуманном отношении к проблемам incurable онкологических больных; повышение доступности медицинской помощи больным в терминальной стадии заболевания; купирование болевого синдрома и другие виды симптоматической психологической помощи; создание в хосписе условий для пребывания больных, максимально приближенных к домашним; оказание психологической поддержки родственникам больного; различного вида услуги больным и их родственникам (организация питания, закупка продуктов, стирка, кормление, чтение книг и т.д.); привлечение государственных, коммерческих, общественных и религиозных организаций к решению проблем терминальных больных; воспитание в обществе гуманного отношения к физическим и психологическим страданиям умирающих больных.

Декларация Всемирной Организации Здравоохранения (1990) призывает все государства мира включить паллиативную помощь в национальные системы здравоохранения [3].

В Кыргызстане отмечаются относительно низкие показатели заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний. Общая онкологическая заболеваемость за последние 10 лет составляет 98 на 100000 человек (около 4500 человек в год), смертность – 55–67 на 100000 человек, процент заболеваний, выявленных в **IV стадии** заболевания, составляет около 20% [4].

Первоначально отделение паллиативной терапии называлось реабилитационным и было развернуто на 40 коек при Кыргызском Национальном центре онкологии и радиологии. В настоящее время в отделении 25 коек. За 2006–2008 гг. поступило 1097 больных раком различных локализаций, в том числе раком желудка – 280 (25,5%) и раком молочной железы – 295 (26,9%), т.е. эти две локализации составили более половины всех больных, находившихся на паллиативном лечении. Примерно 10% составили больные с онкологическими заболеваниями женских гениталий (шейки матки, эндометрия и яичников). Менее 5% – больные раком печени, легких, прямой кишки и почек. Примерно 20% больных – первичные пациенты, остальные – повторные.

Летальность в отделении колеблется от 3,0 до 7,5%. Если сравнить эти данные с такими же показателями в развитых государствах мира или с Россией, они низкие. В Кыргызстане имеются региональные и этнические особенности, когда большинство родственников больных предпочитают увозить обреченных больных домой. Финансирование паллиативного отделения в основном проводится из бюджета Минздрава КР.

Диагноз “рак” становится для заболевших психогенным фактором, который в ряде случаев способствует формированию психических расстройств. Однако психофармакологические и психотерапевтические программы с целью профилактики и лечения психических нарушений у этой категории больных не включаются в план противоопухолевого лечения [3, 5].

С 2005 по 2008 гг. были обследованы 110 женщин с диагнозом рак молочной железы и определены факторы, позволяющие прогнозировать структуру психопатологических расстройств, формирующихся на этапе комплексного лечения.

Лечебно-реабилитационные программы были разработаны для этапа стационарного лечения. Они включали психофармакологическую коррекцию, медико-информационное консультирование и рациональную психотерапию. Для эффективной психотерапии были разработаны приемы, учитывающие преморбидные черты характера, личностные реакции на предшествующие психогении и ведущую негативную установку больного [5, 6].

Были выявлены женщины с астеническими чертами характера, где преобладали негативные установки о том, что рак – неизлечимая, смертельная болезнь. Психотерапевтический прием “моя лечебная перспектива” позволял формировать конструктивное отношение к лечению. У пациенток с паранойяльными чертами характера типичными негативными установками были – “узнав о моей болезни, люди изменят ко мне отношение”; “меня смогут уволить”; “меня будут жалеть”. Эти убеждения определялись неопределенностью “долгосрочных жизненных перспектив”. Психотерапевтический прием “моя жизнь здесь и сейчас” формировал у женщин новую модель поведения для преодоления дистресса в настоящем, а не в “неопределенном будущем”.

У женщин с истерообразными чертами характера чаще, чем в других подгруппах, отмечалась установка “без молочной железы я перестану быть привлекательной женщиной”, которая приводила в ряде случаев к отказу от оперативного лечения. Прием “выбор приори-

тетов” давал возможность пациенткам осознать неизбежность операции с целью сохранения жизни. В подгруппе пациенток с синтонными чертами характера присутствовали практически все вышеперечисленные негативные установки и убеждения. Однако высокая степень индивидуальной адаптивности способствовала их быстрой и адекватной коррекции.

Оценка эффективности лечебных и социально-реабилитационных программ по ECOG PERFORMANCE STATUS [7] показала, что полное восстановление социального и трудового статуса было достигнуто у 15,0 % больных, которое характеризовалось устранением всех психических расстройств. Практическое выздоровление было отмечено у 56,5 % пациенток, у которых устранялись психопатологические проявления, однако им было необходимо эпизодически проводить социально-терапевтические мероприятия. Неполное выздоровление наблюдалось в 21,9 % случаев, у больных отмечались отдельные психопатологические расстройства, тем не менее, сохранялась возможность выполнения прежних социальных функций. Незначительное улучшение наступило у 11,8 % женщин, у которых отмечалось ослабление психопатологической симптоматики и частичное восстановление социально-трудовой адаптации.

Необходимость активного развития паллиативного лечения и хосписов в Кыргызстане имеет свои особенности и диктуется рядом факторов, среди которых можно выявить следующие определяющие предпосылки: рост онкологической заболеваемости; высокий удельный вес поздних (запущенных) форм рака; отсутствие условий для достойного содержания этого контингента больных в лечебных учреждениях;

отсутствие идеологии хосписа и паллиативной медицины; политические и финансовые трудности; недостатки в обеспечении лекарствами; отсутствие обученных специалистов.

#### *Литература*

1. Новиков Г.А. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным / Г.А. Новиков, В.И. Чиссов, О.П. Модников. – М., 2004. – Т. I. – С. 392–413.
2. Tate H.C., Rawlinson J.B., Freedman L.S. Randomised comparative studies in the treatment of cancer in the United Kingdom: room for improvement? // *Lancet*. – 1979. – V. 2. – P. 623–625.
3. Березикова О.А., Березиков В.А., Кузнецова Т.А. и др. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Кемеровской области // *Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 1, 2009: Матер. научно-практ. межрегион. конф. с междун. участием, Кемерово, 9–10 апреля 2009 года.* – Кемерово: ИД “Медицина и Просвещение”, 2009. – 100 с.
4. Макимбетов Э.К., Василевский М.Г., Сатылганов И.Ж., Бебезов Б.Х. Статистика и методология рака. – Бишкек: Турар, 2002. – 145 с.
5. Twelves C.J., Thomson C.S., Young J., Gould A. Entry into clinical trials in breast cancer: the importance of specialist teams. // *Eur J Cancer*. – 1998. – V. 34. – P. 1004–1007.
6. Fukui S., Kugaya A., Okamura H., et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma // *Cancer*. – 2000. – V.89. – P. 1026–1036.
7. Oken M.M., Creech R.H., Tormey D.C., et al. Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group // *Am J Clin Oncol*. – 1982. – V. 5. – P. 649–655.