

ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ

¹ ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва» НАМН України, Харків,

² Харківська медична академія післядипломної освіти,

³ Медичний центр «Панацея XXI век», Харків

Проведено аналіз показників якості життя і вираженості психосоматичних порушень (втомі, порушень когнітивної функції, емоційного стану та сну) у хворих на рак тіла матки на етапах протипухлинного лікування. Оцінено вплив психологічної корекції на вираженість психосоматичних порушень у цієї категорії пацієнток. Доведено необхідність впровадження в клінічну практику медико-психологічних методів лікування як частини комплексної допомоги хворим на рак тіла матки на етапі променевої терапії.

Ключові слова: рак тіла матки, протипухлинне лікування, променева терапія, психосоматичні порушення, психокорекція.

Досягнення сучасної онкології дають змогу значно підвищити кількість радикально вилікованих пацієнтів, що надає можливість оцінювати рак як хронічне захворювання з очікувано довгою тривалістю життя. Спрямованість сучасної медицини на підтримання високої якості життя (ЯЖ) пацієнтів із хронічними захворюваннями, в тому числі з онкопатологією, визначає необхідність лікування не тільки захворювання, але й пов'язаних із ним психосоматичних розладів (ПР) [1].

Установлено, що велику роль у погіршенні ЯЖ хворих на рак тіла матки (РТМ) відіграють такі ПР, як втома, порушення сну, когнітивної функції та емоційного стану [2–4]. Ці порушення можуть спостерігатися у хворих ще до початку лікування, значно посилюватися при проведенні оперативного втручання та променевої терапії [5, 6] й зберігатися тривалий час після закінчення протипухлинного курсу [7]. Розвиток ПР не тільки значно погіршує ЯЖ, але може бути прогностичним фактором резистентності хворих до протипухлинного лікування, скорочення безрецидивного періоду та низького виживання онкологічних пацієнтів [8–10].

На жаль, пацієнти часто не повідомляють лікаря про посилення втомі, погіршення пам'яті або наявність відчуття тривоги та пригніченості, а лікарі не завжди ретельно опитують їх про наявність у них ПР, що, найімовірніше, пов'язано з недооцінкою внеску цих розладів у погіршення ЯЖ та неусвідомленням необхідності лікування психосоматичних порушень [11].

До теперішнього часу методи лікування ПР не відпрацьовані [12, 13]. Останніми роками відзначається підвищення інтересу до застосування

немедикаментозних методів лікування, зокрема психологічних, ефективність яких було доведено в ряді досліджень [14, 15].

Метою нашого дослідження було проведення аналізу наявності та інтенсивності втомі, порушень когнітивної функції, емоційного стану та сну у хворих на РТМ на етапах протипухлинного лікування; оцінка впливу психологічної корекції, яка проводилась протягом променевого лікування, на прояви ПР у цієї категорії пацієнток.

Клініко-лабораторне обстеження було проведено 55 хворим на РТМ I–II стадій ($T_{1b-c}N_0M_0$ – $T_{2a-b}N_0M_0$). Найбільша частина хворих (72%) перебувала у віці від 50 до 60 років, 10% — становили пацієнтки в віці від 40 до 49 років і 18% — у віці від 61 до 70 років. У всіх хворих діагноз аденокарциноми підтверджено за результатами гістологічного дослідження.

Усім пацієнткам було проведено пангістеректомію та післяопераційний курс дистанційної гамма-терапії на апараті «РОКУС-АМ» методом дрібного фракціонування. Психологічна корекція на етапі променевої терапії додатково виконана 15 хворим.

Усіх хворих обстежено на трьох етапах комбінованого лікування: перший — до початку всіх видів протипухлинного лікування; другий — після радикальної операції перед початком променевої терапії; третій — після променевого або променевого лікування та психологічної корекції.

Для оцінки ЯЖ використовували російськомовну версію опитувальника SF-36 (Health Status Survey), який містить вісім шкал, що згруповані за показниками фізичного та психологічного компонентів ЯЖ [16]. Оцінку ступеня вираженості ПР у хворих на РТМ проводили за допомогою

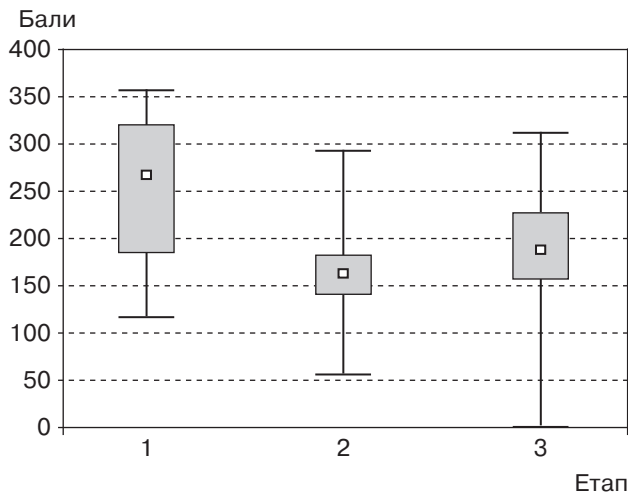


Рис. 1. Рівень фізичного компоненту якості життя у хворих на рак тіла матки на етапах протипухлинного лікування: □ — медіана; ■ — 25–75%; — — мін-макс

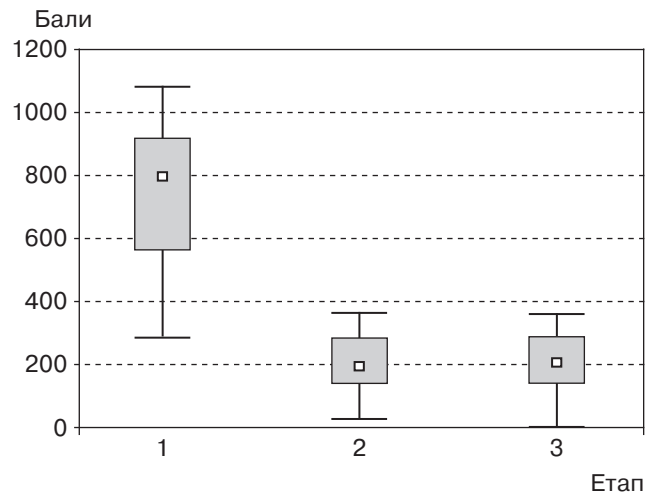


Рис. 2. Рівень психологічного компоненту якості життя у хворих на рак тіла матки на етапах протипухлинного лікування: □ — медіана; ■ — 25–75%; — — мін-макс

російськомовної версії опитувальника EORTC QLQ-C30. Опитувальник розроблено Групою оцінки якості життя при Європейській організації лікування та дослідження раку (EORTC Study Group on Quality of Life), він включає п'ять функціональних шкал, три симптоматичних шкали та шість одно-пунктних вимірювань, загальний статус здоров'я. Показник кожної шкали варіює від 0 до 100 балів. Висока оцінка для функціональних шкал свідчить про високий рівень здоров'я (функціонування), а висока оцінка для симптоматичних шкал — про високий рівень вираженості симптому [17].

Отримані результати опрацьовували з використанням пакету програм STATISTICA 6.0. Для перевірки статистичної значущості відмінностей пов'язаних вибірок використовували критерій Вілкоксона.

Дослідження виконувалося за письмової згоди пацієнтки під наглядом локального комітету з біоетики.

Оцінка ЯЖ за допомогою опитувальника SF-36 у хворих на РТМ виявила залежність рівня сумарної оцінки фізичного та психологічного компонентів ЯЖ від етапу протипухлинного лікування. Ступінь відмінності показників на його етапах ілюструють коробчасті діаграми.

При дослідженні фізичного компоненту ЯЖ (рис. 1) виявлено значне зниження його рівня на другому етапі лікування порівняно з першим етапом. На рівні значущості $p = 0,000012$ відмінності визнано статистично значущими. Після закінчення променевої терапії (третій етап) відзначено статистично значуще ($p = 0,0304$) щодо другого етапу підвищення рівня фізичної компоненти, але все ж таки рівень був нижчим порівняно з показниками до початку лікування.

Дослідження психологічного компоненту ЯЖ (рис. 2) показало статистично значуще ($p = 0,00001$) зниження її рівня на післяопераційному етапі відносно першого етапу та збереження низького рівня протягом променевого лікування.

Оцінка вираженості ПР у хворих на РТМ показала, що на другому етапі лікування підвищувалася вираженість втоми та порушень сну й знижувався рівень когнітивної функції та емоційного стану (табл. 1).

Таблиця 1

Вираженість психосоматичних розладів у хворих на рак тіла матки на трьох етапах протипухлинного лікування (в балах)

Показник	Етап лікування	Медіана	Мінімальний	Максимальний
Втома	1	33,0	0,0	67,0
	2	56,0	22,0	78,0
	3	44,0*	11,0	89,0
Порушення сну	1	33,0	0,0	100,0
	2	50,0	0,0	100,0
	3	38,0	0,0	67,0
Рівень когнітивної функції	1	83,0	50,0	100,0
	2	67,0	33,0	100,0
	3	75,3	50,0	100,0
Рівень емоційного стану	1	83,5	50,0	100,0
	2	60,0	33,0	100,0
	3	60,0*	33,0	100,0

* Показники на першому і третьому етапах достовірно відрізняються.

Таблиця 2

Характеристика синдрому втоми у хворих на рак тіла матки на трьох етапах протипухлинного лікування

Етап	Кількість пацієнток на етапах									
	Втома, бали									
	0	11	22	33	44	56	67	78	89	100
Перший	5	2	4	19	6	2	2	0	0	0
Другий	0	0	2	5	12	13	3	3	2	0
Третій	0	2	4	5	15	8	3	2	1	0

Після закінчення променевого лікування ці показники покращувались, але залишались гіршими, ніж до початку лікування. Статистично значущі відмінності між першим та третім етапами спостерігалися при оцінці вираженості втоми та рівня емоційного стану.

Великі індивідуальні розбіжності досліджуваних показників у хворих на РТМ обумовили доцільність проведення аналізу частоти ПР різної інтенсивності на різних етапах протипухлинного лікування.

Характеристика синдрому втоми у хворих на РТМ на трьох етапах лікування (табл. 2) свідчить, що ще до початку лікувального процесу його було діагностовано у 87,5% хворих. У 62,5% пацієнток інтенсивність втоми була помірною (33–44 бали), у 15% жінок — низькою (11–22 балів) і лише у 10% — високою (понад 50 балів). Після оперативного втручання кількість хворих із низькою та помірною інтенсивністю втоми зменшилась, але значно збільшалася кількість жінок (52,5%), які відчували втому високої інтенсивності. Після закінчення променевої терапії превалювали пацієнтки, які скаржились на втому помірної інтенсивності, але кількість хворих, які відчували втому високої інтенсивності, залишалась великою порівняно з показниками обстеження до початку лікування і становила 35,0%.

Дані про вираженість порушень сну у хворих на РТМ на етапах протипухлинного лікування наведено у табл. 3. На першому етапі обстеження лише у 27,5% жінок не було порушень сну, у 57%

хворих діагностовано порушення сну помірної (33 бали), у 15,0% — високої інтенсивності (понад 67 балів). Після закінчення променевої терапії кількість жінок із проявами порушень сну високої інтенсивності зменшилась порівняно з другим етапом, але залишалась доволі великою відносно показників обстеження до початку лікування і дорівнювала 25,0%.

Установлюючи рівень когнітивної функції, ми враховували скарги хворих на зниження уваги, концентрації та погіршення пам'яті, а при визначенні рівня емоційного стану — скарги на відчуття неспокою, пригніченості, тривоги, роздратування. За наявності значних розладів когнітивна функція та емоційний стан оцінювалися у низьких балах (табл. 4, 5). За відсутності скарг або незначних скаргах щодо порушення емоційного стану та когнітивної функції реєстрували високі бали за відповідними шкалами опитувальника.

До початку лікування у 37,5% хворих не було скарг на порушення когнітивної функції і лише у 12,5% пацієнток її рівень дорівнював 67 балам або був нижчий. Після оперативного втручання порушення когнітивної функції зростали у більшості пацієнток.

На третьому етапі дослідження реєструвалось підвищення рівня когнітивної функції порівняно з другим етапом, але кількість хворих із низьким рівнем залишалася великою і становила 22,5%.

На першому етапі обстеження у більшості хворих рівень емоційного стану дорівнював 60 балам і вище. Після оперативного втручання відзначено

Таблиця 3

Характеристика порушення сну у хворих на рак тіла матки на трьох етапах протипухлинного лікування

Етап	Кількість пацієнток на етапах			
	Інтенсивність порушення сну, бали			
	0	33	67	100
Перший	11	23	6	0
Другий	9	15	15	1
Третій	10	20	9	1

Таблиця 4

Характеристика порушень когнітивної функції хворих на рак тіла матки на трьох етапах протипухлинного лікування

Етап	Кількість пацієнток на етапах				
	Рівень когнітивної функції, бали				
	100	83	67	50	33
Перший	15	20	4	1	0
Другий	10	10	15	3	2
Третій	13	18	6	3	0

Таблиця 5

Характеристика емоційного стану у хворих на рак тіла матки на трьох етапах протирадіаційного лікування

Етап	Кількість пацієнток на етапах			
	Рівень емоційного стану, бали			
	100	60	33	0
Перший	5	24	8	3
Другий	0	8	24	8
Третій	0	8	23	9

різке збільшення кількості жінок із низьким рівнем емоційного стану (нижче 60 балів). Наприкінці променевої терапії покращання емоційного стану у більшості хворих не спостерігалось.

Погіршення емоційного стану, когнітивної функції, зростання проявів втоми та порушень сну у хворих на РТМ на другому етапі обстеження пояснюється тим, що оперативне втручання є стресовою подією для жінки й супроводжується високим рівнем фізичного дискомфорту та інтенсивними психоемоційними переживаннями, що обумовлено поєднанням таких чинників: стан виходу з наркозу, наявність післяопераційної рани, больового синдрому, занепокоєння успішністю операції, необхідність подальшого лікування [18, 19]. Наприкінці лікування відзначалася позитивна динаміка досліджуваних показників ЯЖ, окрім рівня емоційного стану, що, на наш погляд, значною мірою пов'язано з відсутністю адекватної психологічної корекції на етапі променевого лікування.

Для усунення ПР та покращання ЯЖ у хворих на РТМ нами було проведено психологічну корекцію 15 хворих на етапі променевого лікування.

Психологічна підтримка та корекція, особливо на завершальному етапі протирадіаційної терапії, є принципово важливими елементами покращання ЯЖ пацієнток з онкологічними захворюваннями. У стаціонарі хвора перебуває під постійним патронажем медичного персоналу, посиленою турботою близьких, але, виписуючись додому, жінка

залишається сам на сам із проблемою «існування онкологічного діагнозу» та необхідністю адаптації до умов життя, що виникли внаслідок проведеного лікування. Тому ще у стаціонарі пацієнтка має навчитися самостійно встановлювати психічний баланс, що підвищує шанси на повноцінне, якісно змінене життя після перенесеного лікування.

Психологічна корекція з метою покращання ЯЖ наших пацієнток проводилася такими шляхами:

- роз'яснення та надання інформації щодо впливу психологічного стану на соматичний та їх взаємозалежності (особливо на етапі оздоровлення);
- виявлення індивідуальних проблемних зон та їх часткова психологічна корекція;

- навчання навичок позитивного глумачення, контролюючої релаксації й оздоровчої візуалізації для супроводу лікувальних процедур та з метою саморегулювання емоційного стану пацієнтки при виникненні стресових ситуацій після завершення лікувального процесу.

Основою курсу короткострокової психологічної корекції (4 модулі по 1,5–2 год) було комплексне використання різних методів: ознайомлення та настановчого інформування [20], психосоматичної діагностики [21], позитивної та когнітивно-біхевіоральної психотерапії [22], неопсихології [23], використання недирективного трансу [24] та аутогенного тренування [20]. Базовими принципами психологічної корекції були зворотний зв'язок та спільна робота лікаря і психолога протягом кожного модулю, а також самостійне виконання пацієнткою адаптованої тестової роботи, завдяки якій вона визначала свої проблеми, бажані аспекти подальшого життєвого шляху та інструменти їх досягнення.

Порівняння частоти ПР різної інтенсивності після променевої терапії у хворих на РТМ, які не отримували та які отримували психологічну корекцію, дало змогу дійти висновку, що психологічна допомога сприяла зменшенню кількості жінок із проявами ПР високої інтенсивності (табл. 6).

Таблиця 6

Характеристика психосоматичних розладів у хворих на рак тіла матки, які не отримували і які отримували психологічну корекцію, після закінчення протирадіаційного лікування, %

Хворі	Психосоматичні порушення, бали										
	втома			порушення сну			емоційні порушення		когнітивні порушення		
	11–22	33–44	> 50	0	33	> 67	> 60	< 60	0	> 67	< 67
Без психологічної корекції	15	50	35	25	50	25	20	80	32,5	45	22,5
Із психологічною корекцією	20	60	20	30	55	15	60	40	35	50	15

Таким чином, проведені дослідження дали змогу встановити, що до початку лікування більша частина хворих на РТМ мала ПР різної інтенсивності. На етапі хірургічного лікування у них підвищувалася вираженість втоми й порушень сну, знижувався рівень когнітивної функції і емоційного стану. Після закінчення променевого лікування ці показники дещо покращувалися, але залишалися гіршими, ніж до початку лікування.

Застосування розробленої нами схеми медико-психологічної корекції суттєво зменшило не тільки кількість хворих із низьким рівнем емоційного стану, але й кількість жінок із проявами порушень сну, когнітивної функції та втоми високої інтенсивності. Тому впровадження в клінічну практику медико-психологічних методів лікування є необхідною частиною комплексної допомоги хворим на РТМ на етапі променевої терапії.

Список літератури

1. Яворська Т. П. Система медико-психологічної допомоги стомованим онкохворим на етапі стаціонарної допомоги у післяопераційному періоді / Т. П. Яворська // Мед. психологія.— 2012.— № 4.— С. 36–44.
2. Quality of life and depressive symptoms in patients diagnosed with uterus cancer / L. Smorag, A. Florkowski, K. Zboralski [et al.] // Pol. Merkur. Lekarski.— 2014.— Vol. 37, № 220.— P. 227–230.
3. Cognitive function in patients with endometrial and colorectal cancer: connection with hormonal and metabolic status / A. V. Perkina, T. E. Poroshina, I. G. Kovalenko, L. M. Berstein // Vopr. Onkol.— 2004.— Vol. 50, № 5.— P. 544–549.
4. Fatigoni S. Cancer-related fatigue / S. Fatigoni, G. Fumi, F. Roila. // Recenti Prog. Med.— 2015.— Vol. 106, № 1.— P. 28–31.
5. Exercise, sleep quality, and mediators of sleep in breast and prostate cancer patients receiving radiation therapy / L. K. Sprod, O. G. Palesh, M. C. Janelsins [et al.] // Community Oncol.— 2010.— Vol. 7, № 10.— P. 463–471.
6. Von Ah D. Cognitive changes associated with cancer and cancer treatment: state of the science / D. Von Ah // Clin. J. Oncol. Nurs.— 2015.— Vol. 19, № 1.— P. 47–56.
7. Physical performance, depression, immune status and fatigue in patients with hematological malignancies after treatment / F. Dimeo, A. Schmittel, T. Fietz [et al.] // Ann. Oncol.— 2004.— Vol. 15.— P. 1237–1242.
8. Alexander S. A comparison of the characteristics of disease-free breast cancer survivors with or without cancer — related fatigue syndrome / S. Alexander, O. Minton, P. Andrews // Eur. J. of Cancer.— 2009.— Vol. 45, № 3.— P. 384–392.
9. Lower preoperative quality of life increases postoperative risk of adverse events in women with endometrial cancer: Results from the LACE trial / J. Baker, M. Janda, V. Gebiski [et al.] // Gynecol. Oncol.— 2015.— № 137 (1).— P. 102–105.
10. Groenvold M. Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients / M. Groenvold, M. A. Petersen, E. Idler [et al.] // Breast Cancer Res. Treat.— 2007.— Vol. 105.— P. 209–219.
11. Horng-Shiuann W. Cancer-related fatigue: «It's so much more than just being tired» / W. Horng-Shiuann, M. McSweeney // Eur. J. of Oncol. Nurs.— 2007.— Vol. 11.— P. 117–125.
12. Drug therapy for the management of cancer-related fatigue / O. Minton, A. Richardson, M. Sharpe [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev.— 2010.— Vol. 7: CD006704.
13. Пилипенко Н. И. Качество жизни и синдром паранеопластической усталости у онкологических больных / Н. И. Пилипенко, Н. Э. Прохач // Евразийский онкологический журн.— 2014.— № 1.— С. 68–76.
14. Goedendorp M. M. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults / M. M. Goedendorp, M. F. Gielissen, C. A. Verhagen [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev.— 2009.— Vol. 1: CD006953.
15. Kangas M. Cancer-related fatigue: A systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer patients / M. Kangas, D. H. Bovbjerg, G. H. Montgomery // Psychol. Bulletin.— 2008.— Vol. 134, № 5.— P. 700–741.
16. Newnham E. A. Evaluating the clinical significance of responses by psychiatric inpatients to the mental health subscales of the SF-36 / E. A. Newnham, K. E. Harwood, A. C. Page // J. Affect. Disord.— 2007.— Vol. 98, № 1–2.— P. 91–97.
17. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology / N. K. Aaronson, S. Ahmedzai, B. Bergman [et al.] // J. Natl. Cancer Inst.— 1993.— Vol. 85, № 5.— P. 365.
18. Петров Д. С. Психопатологическое состояние и его динамика в результате операции и краткосрочной психотерапии у больных опухолевой патологией матки / Д. С. Петров, Б. Ю. Володин, Е. П. Куликов // Диагностика и лечение онкологических заболеваний основных локализаций: межрегион. сб. науч. тр.; под ред. проф. Е. П. Куликова.— Рязань: Узорочь, 2006.— С. 182–184.
19. Внутренняя картина болезни и качество жизни больных с опухолевой патологией матки / Б. Ю. Володин, С. С. Петров, Е. П. Куликов [и др.] // Пал. мед. и реабил.— 2006.— № 1.— С. 15–19.
20. Саймонтон К. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон.— СПб.: Питер, 2001.— 288 с.

21. Лобазова А. А. Узнай себя — пойми других, или Почему мы ведем себя так / А. А. Лобазова.— Харьков: Основа, 2008.— 237 с.
22. Пезешкеан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкеан.— М.: Медицина, 1998.— 464 с.
23. Сильва Х. Ты — целитель / Х. Сильва, Р. Б. Стоун.— Мниск: Попури, 1999.— 210 с.
24. Эриксон М. Гипнотические реальности: наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения / М. Эриксон, Э. Росси, Ш. Росси.— М.: Класс, 1999.— 310 с.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ

Н. Э. ПРОХАЧ, Е. В. ЖУК, А. А. ЛОБАЗОВА, И. Н. КРУГОВАЯ

Проведен анализ показателей качества жизни и выраженности психосоматических нарушений (усталости, нарушений когнитивной функции, эмоционального состояния и сна) у больных раком тела матки на этапах противоопухолевого лечения. Оценено влияние психологической коррекции на выраженность психосоматических нарушений у этой категории пациенток. Доказана необходимость внедрения в клиническую практику медико-психологических методов лечения как части комплексной помощи больным раком тела матки на этапе лучевой терапии.

Ключевые слова: рак тела матки, противоопухолевая терапия, лучевая терапия, психосоматические нарушения, психокоррекция.

PSYCHOSOMATIC DISORDERS AND THEIR CORRECTION IN UTERINE CANCER PATIENTS

N. E. PROKHACH, O. V. ZHUK, A. O. LOBAZOVA, I. M. KRUGOVA

The levels of life quality and expression of psychosomatic disorders (fatigue, cognitive function, emotional state and sleep disorders) were analyzed in patients with uterine cancer at the stages of antitumor treatment. The influence of psychological correction on the expression of psychosomatic disorders in this cohort of patients was assessed. The necessity of practical introduction of medical psychological correction as a part of complex aid to the patients with uterine cancer at radiotherapy was proven.

Key words: uterine cancer, cancer treatment, radiotherapy, psychosomatic disorders, psychocorrection.

Надійшла 24.02.2015