

Б.М. Зайдинер

АСТЕНО-ГИПОДИНАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (FATIGUE) У ОНКОБОЛЬНЫХ

Руководство
для врачей

2-е издание,
переработанное и дополненное



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
Список сокращений и условных обозначений	8
Глава 1. Концепция	9
Глава 2. Соматические компоненты	15
Глава 3. Психогенные компоненты	32
3.1. К проблеме «опухоль и личность»	32
3.2. Депрессия — ключевая форма эмоциональных расстройств при онкопатологии	48
3.3. Другие психические расстройства у онкобольных	64
3.4. NB — суицид	68
3.5. Духовность в психологической защите	71
3.6. Духовность и религия в системе онкологической помощи	76
Глава 4. О биофизических характеристиках астено-гиподинамического синдрома	82
4.1. Некоторые теоретические предпосылки традиционной медицины	83
4.2. Аспекты биоэнергоинформатики	93
4.2.1. Генерация биоэнергии	93
4.2.2. Биофизическая природа энергии	98
Глава 5. Диагностические подходы	101
5.1. Критерии астено-гиподинамического синдрома	102
5.2. Биофизические подходы к диагностике астено-гиподинамического синдрома	108
5.3. Биоадекватные методы лечения	111
Глава 6. Лечебно-реабилитационные подходы	122
6.1. Купирование соматических компонентов астено-гиподинамического синдрома	122
6.1.1. Йога	128
6.1.2. Антистрессовая программа, основанная на концентрации	128
6.1.3. Коррекция расстройств питания	130
6.1.4. Улучшение сна	130
6.1.5. Поляризационная терапия	131
6.1.6. Восстанавливающая терапия	131
6.1.7. Обучение больных	132

6.2. Купирование психогенных компонентов	133
6.2.1. Психотерапевтическое ведение больных с астено-гиподинамическим синдромом	136
6.2.2. Первый контакт с больным	138
6.2.3. Информация, сообщаемая больному	139
6.2.4. Взаимоотношения в ходе поддерживающей помощи	143
6.2.5. Психотерапевтическая	149
6.2.6. Наиболее употребительные препараты	153
6.3. Коррекция духовного статуса	161
Глава 7. Лечебно-реабилитационный потенциал музыкотерапии	179
Глава 8. Рекомендации пациентам	191
8.1. Что должен делать больной, сражаясь с упадком сил	192
8.1.1. Сохранение энергии	193
8.1.2. Питание	195
8.1.3. Управление стрессом	196
8.1.4. Упражнения	197
8.1.5. Психотерапия	199
8.1.6. График деятельности и отдыха	199
8.1.7. Самопомощь	201
Глава 9. Синдром профессионального выгорания	203
Список литературы	232

КОНЦЕПЦИЯ

...дай мне имя!

Мне будет легче с ним, пойми меня.

О. Мандельштам

Среди компонентов онкопатологии одним из доминирующих признан «синдром изнурения» (fatigue в англоязычном варианте). Его характеризуют чувства усталости, слабости, когда исчезает энергия; такие расстройства не проходят после отдыха или сна, как у здоровых лиц.

Историки медицины свидетельствуют, что чаще всего первые врачеватели оказывали помощь при травматических повреждениях. Что касается онкологии, то, как явствует из папируса Эберса (большинство исследователей относили создание папируса к последней четверти XVI в. до н.э.; современные исследования доказывают, что папирус написан несколькими десятилетиями ранее), египетскому жрецу Имхотепу была известна «опухоль в груди, холодная на ощупь». Надо полагать, что, прогрессируя, такие опухоли изъязвлялись и, соответственно, требовали врачебного вмешательства. Опыт помощи при онкологических заболеваниях позволил идентифицировать общие симптомы, среди которых приоритетными сразу оказались боль и слабость — изнурение. В XIX в. это расстройство заинтересовало психологов, физиологов, эргономистов. Некоторые авторы соглашались с гипотезой о психологической природе феномена, другие считали следствием учебной перегрузки. К концу XX в. слабость (изнурение) трактовали как симптом болезни, даже как саму болезнь. Описание синдрома хронической усталости (СХУ) подросло «как нельзя кстати». И в доступной русскоязычной литературе данное

расстройство впервые обозначили «усталость от химиотерапии», отразив тем самым результаты клинических наблюдений.

Впрочем, следует упомянуть альтернативу из классической литературы: «...больной был плох, изнурен и сосал кислородную подушку» (А. Солженицын «Раковый корпус»).

Терминологическая неопределенность выглядит второстепенной («что в имени тебе моем»), однако в ней отражены разногласия по предмету исследования. Вспомним формулировку Конфуция: «Исправление вещей начинается с исправления имен», то есть решение любой проблемы начинается с правильного и точного названия ее составляющих.

Биопсихосоциальная природа изнурения/усталости у онкологических больных вряд ли вызывает сомнения, равно как доминирование психогенного компонента. Между тем описание расстройств затруднено. В непрофессиональной терминологии многих языков: немецкого, итальянского — отсутствует даже аналог «fatigue». Русские термины «изнурение» и «усталость», по-видимому, не раскрывают всю глубину феномена.

На уровне психики синдром выглядит многомерным и весьма субъективным; описывая свое состояние, больные говорят о физической слабости или истощении, утомлении, изнурении, тяжести или вялости, необходимости работать менее активно, снижении мотиваций и/или душевной усталости; иногда говорят, «измотан». Всеохватывающее чувство даже не усталости, а изнурения, не проходящее после сна/отдыха. Почти всегда бывают уныние, раздражительность, разочарование, нарушается мотивация. Порой трудно подняться по лестнице, пройти пешком небольшой путь, выполнить привычную работу по дому. Некоторые пациенты отмечают, что стало труднее запоминать, сосредоточиться, ясно мыслить. Медики, стараясь точно характеризовать состояние, используют термины «истощение», «нездоровье», «прострация», «астения», «апатия», «утомление», «непереносимость нагрузок», «утрата энергии», «слабость».

Для обозначения физиологического компонента лучше прочих подходит термин «невыносливость» — человек лишен способности пополнять энергию и, как следствие, не может ее расходовать;

он ощущает слабость (даже не поработав мышцами) или завершение работы требует больших усилий. Психогенные компоненты — снижение мотивации и душевная усталость: ухудшаются внимание, память (оперативная, на отсроченные события), способность к концентрации и обучаемость.

Сопоставив перечень жалоб с позициями МКБ-10, в качестве рабочего названия выбрали «астено-гиподинамический синдром» (АГС).

Самое распространенное определение синдрома дал комитет National Comprehensive Cancer Network (NCCN) — национальной сети онкологических центров США: «fatigue — необычное, постоянное субъективное ощущение усталости, обусловленное онкопатологией или специфическим лечением; оно мешает обычным занятиям». МКБ-10 (код R53.83) уточняет: «Изнурение, обусловленное злокачественной опухолью, резко выражено, проявляется снижением энергии или повышением потребности в отдыхе, которые не соответствуют недавним изменениям активности, отмечалось каждый или почти каждый день на протяжении двухнедельного периода в истекшем месяце и сопровождалось другими проявлениями». Сформулированы методические рекомендации для клиницистов.

Определение астено-гиподинамии как синдрома имеет преимущества и недостатки. Потенциальные выгоды: при таком подходе, во-первых, наличие или отсутствие синдрома документируют воспроизводимым, унифицированным способом; во-вторых, удастся обосновать финансовое покрытие лечебной программы. Недостаток — речь идет о стандарте, включающем понятие «порог»; терапию начинают лишь после его преодоления. Альтернативой выглядит симптомный подход, используемый в купировании боли и тошноты.

Среди проявлений онкопатологии АГС — один из самых распространенных; оценив показатели при различных нозологических формах, исследователи сообщали о достаточно широком диапазоне значений. Синдром встречается у 37–78% больных раком легкого, у 28–91% больных раком молочной железы (РМЖ), у 15% больных раком предстательной железы. Такие различия,

по-видимому, обусловлены нозологической формой, лечебными подходами и методами оценки.

Синдром вызывают как сами злокачественные опухоли, так и их специфическое лечение. Изнурение может появляться на любой фазе: уже при постановке диагноза 40% больных упоминают о слабости. Что касается реализации лечебных программ, то изнурение/усталость ощущали до 90% получавших лучевое лечение; в ходе многокурсовой химиотерапии расстройства отмечены у 76% больных, по крайней мере, несколько дней за месяц, у 30% — практически не исчезали, сохраняясь многие месяцы и даже годы после завершения лечебного курса, в том числе у находящихся в клинической ремиссии. Опросив женщин, излеченных от РМЖ 1–5 лет и 5–10 лет назад, J.E. Bower и соавт. выявили признаки АГС у 35% пациенток первой группы и у 34% — второй группы. Лечение не всегда становится важным прогностическим признаком АГС. По-видимому, его роль существеннее на ранних стадиях восстановления организма.

Влияя на противоопухолевое лечение, синдром нарушает его последовательность (ряд программ нередко вынуждены сокращать) и становится дозолимитирующим побочным эффектом, либо противостоит решимости больного пройти все этапы лечения. С появлением таргетной терапии ситуация вряд ли изменилась, потому что, например, для ингибиторов тирозинкиназ АГС так и остался одним из самых частых дозолимитирующих побочных эффектов.

Синдром влияет на все аспекты качества жизни, ухудшая самочувствие сильнее, чем боль, тошнота и рвота. Изменяется весь диапазон повседневной деятельности: работоспособность, чувство физического и эмоционального благополучия, умение радоваться жизни «здесь и сейчас». Упорное изнурение, не объяснимое соматическим статусом, — одна из самых частых инвалидирующих жалоб у излеченных от рака. J.E. Bower и соавт. исследовали 1957 больных РМЖ в ремиссии, сопоставив их и сходную по возрасту группу здоровых женщин, и выявили аналогичные показатели частоты АГС. Однако у 1/3 из перенесших специфическое лечение упорно сохранялась выраженная слабость, значения

по оценочным шкалам свидетельствовали об изнурении и недостатке энергии. Другую группу больных РМЖ в ремиссии изучили С. Lindley и соавт., констатируя АГС (умеренно и резко выраженный) приблизительно у 30% этих женщин на протяжении, по крайней мере, двух лет. Необходимо подчеркнуть, что АГС оценивали только после завершения лечебного курса. Для уточнения динамики («траектории») синдрома в процессе лечения желательны проспективные исследования.

Больные осведомлены об АГС как следствии лечения: 95% тех, кому планируется проведение химио- или радиотерапии, ожидают, что во время лечения появится fatigue, и неизменно упоминают его, сообщая о наиболее беспокоящих признаках недуга.

У больных после успешного лечения и пациентов с прогрессирующим новообразованием проблемы весьма разнятся: для пациентов второй группы все, что связано с противодействием болезни, даже более важно.

В общесоматической популяции 40–60% случаев АГС имеют неорганическую природу; самыми частыми психическими расстройствами оказываются тревога и депрессия.

Как неспецифический синдром его следует представлять конечной точкой нескольких патофизиологических процессов. Развитию АГС способствуют множество онко- и ятрогенных факторов, связанных с настроением, убеждениями, установками, реакцией на стрессоры; между тем, пути этого развития — биохимические, физиологические, психологические, поведенческие — во многом остаются неизученными. Аналогичная ситуация с выяснением специфики АГС онкогенной природы, знание которой придаст терапии целенаправленность, характеризующую этиотропный подход.

«...Только зная причину, можно метко устремляться против нее..., а еще важнее, можно не допустить ее до действия, до вторжения в организм» (Павлов И.П., 1951).

Накопленный опыт позволил сформулировать некоторые тактические подходы к лечению больных данного контингента. Ведущие позиции этого опыта, по-видимому, сохранят значение на достаточно долгое время.

Стратегия лечения сводится к реакциям на внешние факторы: лечат проявления недуга, обязательно включая эмоциональную поддержку больного. Поэтому особо актуальны знания о патогенезе как основе для разработки эффективных стратегий профилактики и лечения.

Знакомство с публикациями по АГС отсылает к цитате Ньютона, который видел себя мальчиком на морском берегу, собирающим камешки: «...попадаются камешек поглаже или раковина покрасивее, в то время как великий океан Истины лежит неизведанным передо мной».

На смену фактографии приходит концептуальный подход.

Концепция (от лат. *conceptio* — «понимание, система») — определенный способ понимания, осмысления фактов трактовки предмета, явления, процесса, основная точка зрения, руководящая идея для систематического освещения. Термин употребляется для обозначения ведущего замысла, конструктивного принципа в научной и других видах деятельности (БСЭ, т. 13, с. 94). Теоретические и методологические концепции определяют направление поиска и оценку значения новых фактов в системе знаний. Концептуальный подход — признание тех или иных факторов, выделение доминирующего. В клинической медицине концептуальный подход определяет выбор тех или иных лечебных программ.