

# ПСИХОСОЦИАЛНА ПОДКРЕПА И РЕХАБИЛИТАЦИЯ В ОНКОЛОГИЯТА

клинично ръководство,  
основано на доказателства

Варна, 2015



# НАЦИОНАЛЕН ЕКСПЕРТЕН БОРД 2015

**д-р Валентин ВЛАСАКОВ**

УМБАЛ Св. Анна – Варна

**Вероника ИВАНОВА**

СБАЛО – София

**Веселина ГАНЧЕВА**

СБАЛО – София

**д-р Георги ПАВЛОВ**

УМБАЛ Св. Георги – Пловдив

**Гергана ИВАНОВА**

СБАЛОЗ – Варна

**Даниела СИМОВА**

СБАЛОЗ – София Област

**Димитрина ГРИГОРОВА**

МБАЛ Д-р Тота Венкова – Габрово

**Димка ДИМИТРОВА**

УМБАЛ Св. Марина – Варна

**Екатерина ВИТКОВА**

КОЦ – Пловдив

**Елена АТАНАСОВА**

КОЦ – Пловдив

**проф. д-р Елена ИЛИЕВА**

УМБАЛ Св. Георги – Пловдив

**проф. д-р Златица ПЕТРОВА**

Медицински университет – София

**Ивайла ГЕОРГИЕВА**

СБАЛДОХЗ – София

**Илиян ИЛИЕВ**

Плевен

**Искра ДАЧЕВА**

СБАЛОЗ – София Град

**д-р Кристина ПАВЛОВА**

МБАЛ Люлин – София

**Мария ИВАНОВА**

КОЦ – Враца

**Мария ТОДОРОВА**

КОЦ – Ст. Загора

**Мая ГЕОРГИЕВА**

СБАЛОЗ – София Град

**д-р Николай ЙОРДАНОВ**

КОЦ – Враца

**Светлана ЧИВГЪНОВА**

УМБАЛ Св. Марина – Варна

**доц. д-р Силвия ЦВЕТКОВА**

Медицински университет – Плевен

**проф. д-р Татяна ХАДЖИЕВА**

УМБАЛ Царица Йоанна – София

**проф. д-р Чавдар СТЕФАНОВ**

УМБАЛ Св. Георги – Пловдив

**СЪДЪРЖАНИЕ**

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	5
<b>1. КОНТРОЛ НА ПСИХОСОЦИАЛЕН ДИСТРЕС</b> .....	9
1.1. Оценка на психосоциален дистрес.....	9
1.1.1. Стандарти за грижи при психосоциален дистрес.....	9
1.1.2. Институционална оценка на стандарти за психосоциални грижи.....	14
1.1.3. Начален скрининг за дистрес и психосоциални потребности.....	17
1.1.4. Клинично изследване при умерен и тежък дистрес.....	22
1.2. Психологични и психиатрични терапевтични подходи.....	28
1.2.1. Когнитивно-поведенчески техники.....	28
1.2.2. Семейна терапия и терапия по двойки.....	33
1.2.3. Поддържаща психотерапия.....	36
1.2.4. Арт-терапия.....	42
1.3. Контрол на психиатрични разстройства.....	46
1.3.1. Поведение при разстройства в адаптацията и настроението.....	46

1.3.2. Поведение при тревожни разстройства .....	50
1.3.3. Поведение при личностови разстройства.....	57
1.3.4. Поведение при деменция и делир.....	63
1.3.5. Поведение при психотични разстройства и шизофрения .....	69
1.3.6. Поведение при наркотична зависимост.....	75
1.4. Духовни и консултативни грижи.....	80
1.4.1. Промени в начина на живот.....	80
1.4.2. Религиозни грижи и свещеннически услуги .....	89
1.4.3. Социални и консултантски услуги .....	96
1.4.4. Контрол на финансови проблеми .....	99
1.5. “Изпепеляване” (бърнаут) при онколози – оценка и контрол .....	104
1.6. Права на онкологичните пациенти.....	107
<b>2. РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПО ВРЕМЕ НА АНТИТУМОРНА ТЕРАПИЯ.....</b>	<b>111</b>
2.1. Организация на рехабилитацията.....	111
2.1.1. Скрининг, планиране и оценка на рехабилитация.....	111
2.1.2. Рехабилитационни грижи за пациенти, преживели онкологична болест .....	118

2.2. Специализирани рехабилитационни грижи.....	123
2.2.1. Контрол на физическа активност .....	123
2.2.2. Контрол на туморна болка .....	132
2.2.3. Контрол на туморна умора.....	141
2.2.4. Контрол на нарушения в сън/бодърстване .....	145
2.2.5. Контрол на гадене и повръщане .....	152
2.2.6. Контрол на обстипация и диария .....	157
2.2.7. Контрол на задух .....	161
2.2.8. Контрол на лимфедем.....	165
2.2.9. Контрол на синдром на радиационна фиброза.....	173
2.2.10. Контрол на сексуално-репродуктивни проблеми.....	181
<b>3. ХРАНЕНЕ ПРИ ОНКОЛОГИЧНИ ПАЦИЕНТИ.....</b>	<b>191</b>
3.1. Скрининг и оценка на туморна малнутриция – анорексия и кахексия .....	191
3.2. Ентерално хранене.....	200
3.3. Парентерално хранене.....	203
3.4. Здравно-икономическа организация на храненето в онкологията .....	206

<b>4. ПОДДЪРЖАЩИ ГРИЖИ</b> .....	211
4.1. Грижи при предстояща смърт .....	211
4.2. Поведение при молба за по-скорошна смърт .....	217
4.3. Подкрепа след онкологична смърт.....	223

## ВЪВЕДЕНИЕ

Настоящото ръководство е консенсусно становище на мултидисциплинарен екип, включващ експерти в областта на психосоциалната подкрепа, палиативните грижи и рехабилитацията в онкологията от седем медицински специалности и техни национални браншови организации: Българска асоциация по психоонкология, Българско онкологично сестринско дружество, Асоциация по физикална медицина и рехабилитация, Дружество на анестезиолозите в България, Българско дружество по хранене и диетика, Българска асоциация по палиативни грижи, Гилдия на лъчетерапевтите в България и Българско онкологично дружество.

Нуждата от национално ръководство за психосоциална подкрепа и рехабилитация в онкологията е обусловена от клиничната актуалност на интегрирането на съвременните модели за палиативно поведение със стандартите за онкологични грижи.<sup>1,2</sup> В контекста на глобално нарастване на онкологичната болестност и продължителност на живот около 16% от пациентите са показани за рехабилитационни мероприятия по време на анти туморно лечение; затова доставчиците на здравни грижи задължително формират специфично направление за цялостни грижи към пациентите и техните семейства.<sup>3</sup> От друга страна, до 43% от индивидите с различни типове новооткрити или рецидивиращи злокачествени тумори демонстрират сигнификантна степен на психологичен дистрес.<sup>4</sup> Обсъждането и прилагането на предварително планиране на психосоциални грижи се структурира като мултидисциплинарен и мултимодален процес с многофакторно съчетание от културелни, правни, религиозни, образователни и психологични аргументи.<sup>2</sup>

Цел на ръководството е да представи съвременни алгоритми за онкологична психосоциална подкрепа и рехабилитация в есенциална форма, адаптирана за медицинската практика в България.

Ръководството е предназначено за всички медицински специалности в България, които се занимават с различни направления на психосоциална подкрепа и рехабилитация в онкологията: онкопсихолози, онкологични медицински сестри, физиотерапевти, рехабилитатори, медицински онколози, реаниматори, диетолози, общопрактикуващи лекари, фармацевти и социални работници.

Документът има препоръчителен характер и никое негово становище не е задължително.

## МЕТОДИ

Ръководството за психосоциална подкрепа и рехабилитация е основано на доказателства и е структурирано в четири главни раздела с подраздели. Всеки от тях е съставен най-малко от двама експерти, съдържа резюмиран литературен обзор върху съответния проблем и изцяло се позовава на медицина, основана на доказателства. В края на всеки раздел са дефинирани препоръки, описани с четири степени на препоръчителност (А, В, С и D) според Оксфордския център за медицина, основана на доказателства (CEBM)<sup>5</sup>, и към тях са добавени акценти за добра практика.

**Нива на доказателственост**

Ниво	Тип на доказателство
1	Доказателство, получено от системен обзор или рандомизирани проучвания.
2	Доказателство, получено от отделно рандомизирано проучване или наблюдателно проучване с драматичен ефект.
3	Доказателство, получено от нерандомизирани контролирани кохортни проучвания.
4	Доказателство, получено от серии на случаи, контроли на случаи или исторически контролирани проучвания.
5	Аргументи, основани на рутинна практика.

**Степени на препоръчителност**

Степен	Съвместимост с ниво на доказателственост
A	Съвместима с проучвания с ниво на доказателственост 1.
B	Съвместима с проучвания с ниво на доказателственост 2 или 3 <i>или</i> екстраполации* от проучвания с ниво на доказателственост 1.
C	Проучвания с ниво на доказателственост 4 <i>или</i> екстраполации от проучвания с ниво на доказателственост 2 или 3.
D	Ниво на доказателственост 5 <i>или</i> непоследователни или неубедителни проучвания на всяко ниво.

\* *Екстраполация* – използване на данни при възможност за клинично значими разлики в сравнение с оригиналната ситуация на проучването.



*Акценти за добра практика*



Препоръки за най-добър подход, основани на клиничния опит на експертния борд.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Smith TJ, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The Integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012; Available at: <http://www.jco.asco-ubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2011.38.5161>
2. Schrijvers D, et al. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Ann Oncol* 2014; 25 (Suppl. 3): iii138-iii142
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative care, v.1.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
5. Howick J, et al. The 2011 Oxford CEBM levels of evidence. Available at: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>



# 1 Контрол на психосоциален дистрес



## 1

## КОНТРОЛ НА ПСИХОСОЦИАЛЕН ДИСТРЕС

## 1.1. ОЦЕНКА НА ПСИХОСОЦИАЛЕН ДИСТРЕС

## 1.1.1. Стандарти за грижи при психосоциален дистрес

*Вероника Иванова, Екатерина Виткова*

Всеки пациент преживява определено ниво на дистрес, свързан с диагноза *тумор*, със страничните ефекти от болестта и провежданото лечение, независимо от стадий и вид на злокачествената болест. Дистресът може да се променя през целия период на болестта, да се проявява като панически атаки, ирационални страхове и проблеми в съня, чувство на страх, опасения и тревога, състояние на отричане от диагнозата и нарушена концентрация, да персистира дълго след приключване на соматичното лечение. Разпространението на психологичния дистрес, депресията и психиатричните разстройства може да варира в зависимост от локализация, стадий, пол, раса и възраст на пациента.<sup>1-3</sup> Като цяло е установено, че при 20-40% от новодиагностицираните пациенти и тези с рецидивиращ тумор се наблюдава значимо ниво на дистрес. Общото разпространение на дистрес е 35.1%, вариращо от 29.6% при пациенти с гинекологични злокачествени болести до 43.4% при белодробен карцином.<sup>4</sup> Последни мета-анализи показват, че 30-40% от пациенти с различен тип тумори проявяват някаква комбинация на разстройства на настроението.<sup>5</sup>

Терминът *дистрес* е избран от експертния екип на NCCN, тъй като е приемлив, по-малко стигматизиращ, дефиниран е и може да се измерва. Дистресът се дефинира като многофакторно, негативно емоционално преживяване от психологически (когнитивен, поведенчески, емоционален), социален и/или духовен характер, което може да попречи на способността за ефективно справяне със злокачествената болест, произлизащите от нея физически симптоми и лечение. Протича като непрекъснат процес, който се разпространява по посока на един континуум – от изпитване на обичайни чувства за уязвимост, тъга, страхове до развитие на депресия, тревожност, паника, социална изолация и екзистенциална и духовна криза.<sup>6</sup> Пациенти с висок риск за развитие на дистрес са с анамнеза за психично разстройство, депресия или употреба на психоактивни вещества, с когнитивни нарушения, тежка коморбидност, неконтролирани симптоми, комуникативни ограничения, проблеми в социалната сфера. Рисковите фактори включват млада възраст, женски пол, живееща сама, с малки деца, обект на насилие (физическо/сексуално), пациент, намиращ се в период на повишена уязвимост.<sup>6</sup>

Дистресът е рисков фактор, който оказва негативно влияние върху основното лечение, качеството на живот и може да повлияе негативно върху преживяемостта.<sup>7-9</sup> При мета-анализ е установено, че неправилният прием на перорални медикаменти е три пъти по-висок при пациенти с депресия в сравнение с индивиди без депресия.<sup>10</sup> Дистресът може да доведе до трудно вземане на решение за лечение, по-чести посещения при лекари и спешни отделения, което повишава натоварването и стреса сред медиците.

Ранният скрининг на дистрес и навременното справяне с него подобряват медицинското лечение<sup>11, 12</sup>, а рутинното използване на скрининг с последващо пренасочване за психосоциална помощ снижава нивото му<sup>13</sup>. Съществуват данни от рандомизирани

проучвания, според които психологически ефективни интервенции водят до полза за преживяемостта при пациенти с тумори.<sup>14-16</sup> Като цяло, ранното откриване и лечение на дистреса води до по-стриктно придържане към лечение, по-добра комуникация, по-малко посещения при онколог, предотвратяване на развитие на гняв, тревожност и депресивност. По-малко от половината онкологични пациенти с дистрес в действителност са идентифицирани и насочени за психосоциална помощ поради неразпознаване на психологичните потребности от страна на онкологичния екип, липсата на информация за налични ресурси в сферата на психосоциалната помощ, стигмата от „психологични/психиатрични проблеми“ при пациента.<sup>17</sup>

Психосоциалните грижи не са били считани за аспект от концепцията за качествени онкологични грижи. Благодарение на обособяване на мултидисциплинарна група през 1997 г. започва работата на експертен съвет, включващ специалисти от клиничните дисциплини онкология, здравни грижи, социални дейности и консултиране, психиатрия, психология и духовни лица. Всички те си сътрудничат с изследователи, изучаващи влиянието на терапевтичните интервенции върху качеството на живот и върху докладваните от пациентите резултати. Първото ръководство за оценка и контрол на дистрес при пациенти с тумори е публикувано от IPOS (Международно психонкологично дружество)<sup>18</sup> през 1999 г. и служи като рамка в наръчника за онколози. Препоръките в ръководствата се основават на доказателства и консенсус между членовете на експертния борд.

В Канада емоционалният дистрес е приет за шести жизнен показател.<sup>19</sup> В доклад на IOM (Институт по медицина) от 2007 г. психосоциалната помощ е приета за част от новите стандарти за качествени онкологични грижи, които трябва да бъдат интегрирани към рутинната практика.<sup>20, 21</sup> Американската колегия на хирурзите (Commission on Cancer of the American College of Surgeons) реализира през 2012 г. нов акредитационен стандарт за болнична програма в онкологичната практика, който включва персонализиран скрининг на всеки пациент с тумор за психосоциален дистрес. NCCN предлага модел за ефективно развитие на психосоциалното здраве, който да бъде предоставян във всички общности, практикуващи онкология.<sup>22</sup> Предложените от NCCN стандарти за оценка и контрол на дистрес при пациенти с тумор не са всеобхватни, но могат да се променят и адаптират според конкретните нужди на всяка нация, здравно заведение или група пациенти. Основна цел на стандартите е да се гарантира разпознаване и своевременно лечение на дистреса при всеки пациент с онкологична болест. Пациентите с тумори, семействата и лечебните им екипи трябва да бъдат информирани, че управлението на дистрес е неразделна част от общата медицинска помощ и да им бъде предоставена подходяща информация за достъпните психосоциални услуги. Здравните институции трябва да подкрепят достъпа до качествени психосоциални грижи, да насърчават научните изследвания в психосоциалната онкология и да разработват програми за непрекъснато подобряване на качеството.

### С

■ Препоръчва се изработване и въвеждане на национални стандарти за управление на туморния дистрес от интердисциплинарни комисии и институции.

**С**

- За всяко онкологично здравно заведение се препоръчва сформиране на интердисциплинарна комисия за организиране и прилагане на стандарти за справяне с дистрес.
- Препоръчва се на университетите и на лечебните заведения да разработят програми за образование и практическо обучение, гарантиращи компетенциите на медицинските специалисти в областта на оценяването и справянето с дистрес.
- Препоръчва се разпознаване, проследяване, документиране и своевременно лечение на психосоциалния дистрес на всички етапи на онкологичната болест и при всякакви случаи.
- Препоръчва се определяне на ниво и причини за дистрес чрез скрининг.
- При всички онкологични пациенти се препоръчва преминаване през скрининг за дистрес при първоначална визита, през подходящи интервали и при клинични показания, особено при промени в статуса на болестта (ремисия, рецидив, прогресия, усложнения, свързани с лечението).
- Препоръчително е дистресът да се оценява и лекува съгласно ръководствата за клинична практика.
- За членове на онкологичния екип (на разположение или чрез насочване) се препоръчва участие на лицензирани специалисти по психично здраве и духовни лица с опит в психосоциалните аспекти на туморите.
- Препоръчително е заплащането на дейностите на специалистите по психично здраве да се поема от здравноосигурителни и други социални фондове.
- Препоръчва се измерванията на клиничните здравни резултати да включват оценка на психосоциалната сфера.
- Препоръчително е онкологичните пациенти, техните семейства и медицинските екипи да бъдат информирани, че справянето с дистрес е неразделна част от общата медицинска помощ и се осигурява с подходяща информация за психосоциални услуги в лечебния център и в общността.
- Препоръчително е качеството на програмите/услугите за справяне с дистрес да бъде включено в проектите на здравното заведение за непрекъснато подобряване на качеството.



- *За развитие и спазване на стандартите за оценка и контрол на дистрес е необходимо широко презентиране на дейността, осъществявана от психолозите в онкологичната практика, разпространението на дистреса и психосоциалния ресурс, за да се създадат нагласи и реалистични очаквания сред медици и пациенти за конкретните ползи от психосоциалните грижи, като интегрирана част от рутинните онкологични грижи.*
- *В момента в България не е регламентирано сертифициране на духовни лица.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Derogatis LR, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-757
2. Hegel MT, et al. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer* 2006; 107: 2924-2931
3. Linden W, et al. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord* 2012; 141, 343-351
4. Zabora J, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19-28
5. Mitchell AJ, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011; 12: 160-174
6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
7. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32: 57-71
8. Brown KW, et al. Psychological distress and cancer survival; a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosom Med* 2003; 65: 636-643
9. Kissane D. Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psychooncology* 2009; 18: 1-5
10. DiMatteo MR, et al. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000; 160 :2101-2107
11. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *J Psychosom Res* 2003; 55: 403-409
12. Zabora JR. Screening procedures for psychosocial distress. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds. *Psychooncology*. New York, NY: Oxford University Press; 1998, pp. 653-661
13. Carlson LE, et al. Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2010; 28: 4884-4891
14. Mustafa M, et al. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: Cd004253
15. Spiegel D. Mind matters in cancer survival. *Psychooncology* 2012; 21: 588-593
16. Xia Y, et al. Psychosocial and Behavioral Interventions and Cancer Patient Survival Again: Hints of an Adjusted Meta-Analysis. *Integr Cancer Ther* 2014. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24613928>.



17. Fallowfield L, et al. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer* 2001; 84: 1011-1015
18. Holland JC, et al. Quick reference for oncology clinicians: The psychiatric and psychological dimensions of cancer symptom management oncology. IPOS press; 2006.
19. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *J Clin Oncol* 2005; 23: 644- 6441
20. Adler NE, Page NEK. Institute of Medicine (IOM). 2008. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. 2008
21. Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin* 2008; 58: 214-230
22. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, et al. Distress management. *J Natl Compr Canc Netw* 2010; 8: 448-485

**1.1.2. Институционална оценка на стандарти за психосоциални грижи***Вероника Иванова, Гургана Иванова*

Институционалната оценка на стандартите за психосоциални грижи е ключова за определяне на качеството им. Осъществява се чрез показатели за качество, разработени от *Jacobsen et al.*, методика за проверка на пациентски карти, позволяваща на всяко онкологично заведение да прави оценка на качеството на осигурените от него психосоциални грижи<sup>1</sup>, анкета с въпроси за наличността на документация за направена оценка на емоционалното състояние на пациента към момента, за наличността на документация за предприети съответни действия, ако пациентът има установен проблем. Тези показатели могат да се използват за определяне на качеството на психосоциални грижи, осигурявани от клиника или кабинет; приети са от APOS, а от 2006 г. са добавени като част от основните мерки в оценката за качество на QORI (Инициатива за качествена онкологична практика).<sup>2</sup> Всяко здравно заведение създава интердисциплинарна комисия, която отговаря за прилагане на стандартите за оценка и контрол на дистрес, оценява стандартното лечение за дистрес с проучвания за непрекъснато подобряване на качеството.<sup>3</sup> Насърчават се интердисциплинарни проучвания за непрекъснато подобряване на качеството с цел оценка на качеството на програмите за оценка и контрол на дистрес, както и ефективността на стандартите за грижа, спазване на препоръките от клиничните ръководства и стандартите за качество на IOM.<sup>4</sup> Необходими са многоцентрови рандомизирани изследвания и пилотни проучвания, за да се сравни ефикасността на кратките скринингови инструменти. Необходимо е и разработване на образователни подходи за медицинския персонал и пациентите, така че да се повиши тяхната информираност за разпространение на дистреса и психологи-

ческите интервенции. Анализ, осъществен от авторите на показателите за качество на психосоциални грижи, показва, че използване на мерките на QORI води до подобряване на всички показатели, като най-голямо подобрене се наблюдава в практики с първоначално незадоволителни резултати.<sup>5</sup> Обобщени резултати от редица проучвания за оценка на прилагане на Клиничното ръководство на NCCN за оценка и контрол на дистрес сочат, че по-малко от половината здравни заведения, участващи в проучването, се придържат към ръководството и правят рутинен скрининг за дистрес при всички онкологични пациенти.<sup>6</sup> Въпреки че нивата на скриниране през последните години са повишени<sup>7</sup>, само половината здравни заведения съобщават за скрининг при всички амбулаторни пациенти и новодиагностицирани<sup>8</sup>. Проучване сред онкологични сестри идентифицира пречки за провеждане на скрининг; като най-съществени се определят липса на време, несигурност на персонала и нееднозначна отчетност.<sup>9</sup> Същото проучване установява, че медицински сестри, които са запознати с ръководството за оценка и контрол на дистрес, по-лесно обсъждат проблеми, свързани с него.

За по-добро позициониране и интегриране на психологичните и социалните грижи в клиничните мероприятия при онкологични пациенти са необходими стратегии за постигане на културна промяна<sup>10</sup>, прилагане на национален подход за провеждане на скрининг за дистрес<sup>11</sup>, изпълнение на програми, които интегрират психосоциалните грижи в рутинните грижи при пациенти с тумори. Използване на бърз и лесен метод за скрининг, който идентифицира пациенти с дистрес, нуждаещи се от психосоциални интервенции или пренасочване към психосоциален ресурс, е ключов компонент в интегрирането на психосоциалните грижи към рутинните. За постигане на по-добри резултати за оценка и контрол на дистреса е необходимо не само скриниране, но и адекватно насочване, проследяване и лечение, с други думи – цялостен скрининг плюс лечение и проследяване.<sup>12</sup>

C

- За институционална оценка на психосоциални услуги, предлагани от съответно заведение, осъществяващо онкологична помощ, се препоръчва създаване на локална интердисциплинарна комисия за адаптиране, оптимизиране и валидиране на стандарти (инструмент за скрининг, списък с проблеми), обучение на основни онкологични екипи, изясняване на достъп до ресурси (психологически, социални, религиозни), проучвания за непрекъснато подобряване на качеството на услугите.
- За прилагане на стандартите и указанията от клиничното ръководство за оценка и контрол на дистрес се препоръчва локални интердисциплинарни комисии да контролират придържането към него, провеждането на многоцентрови проучвания, които изследват инструменти за бърз скрининг и насоки за пилотно лечение, проекти за непрекъснато подобряване на качеството на програмите за справяне с дистрес, разработване на образователни подходи за справяне с дистрес за персонала, пациенти и семействата им.



*За да бъде позиционирана и реализирана психосоциалната помощ в онкологичната практика като част от стандартите за качествени онкологични грижи в България, е необходима стратегия, включваща въвеждане на пилотни програми за скрининг и лечение на дистрес при пациенти с тумори.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Jacobsen PB. Promoting evidence-based psychosocial care for cancer patients. *Psychooncology* 2009; 18: 6-13
2. Jacobsen PB. Improving psychosocial care in outpatient oncology settings. *J Natl Compr Cane Netw* 2010; 8: 368-370
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
4. Adler NE, Page NEK. Institute of Medicine (IOM). 2008. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. 2008
5. Jacobson JO, Neuss MN, McNiff KK, et al. Improvement in oncology practice performance through voluntary participation in the quality oncology practice initiative. *J Clin Oncol* 2008; 26: 1893-1898
6. Jacobsen PB, Ransom S. Implementation of NCCN distress management guidelines by member institutions. *J Natl Compr Cane Netw* 2007; 5: 99-103
7. Donovan KA, Jacobsen PB. Progress in the implementation of NCCN guidelines for distress management by member institutions. *J Natl Compr Cane Netw* 2013; 11: 223-226
8. Deshields T, Zebrack B, Kennedy V. The state of psychosocial services in cancer care in the United States. *Psychooncology* 2013; 22: 699-703

9. Tavernier SS, Beck SL, Dudley WN. Diffusion of a Distress Management Guideline into practice. *Psychooncology* 2013. Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23712894](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23712894)
10. Rodriguez MA, Tortorella F, St John C. Improving psychosocial care for improved health outcomes. *J Health Qual* 2010; 32: 3-12
11. Lowery AE, Holland JC. Screening cancer patients for distress: guidelines for routine implementation. *Community Oncology* 2011; 8: 502-505
12. Lazenby M. The International Endorsement of US Distress Screening and Psychosocial Guidelines in Oncology: A Model for Dissemination. *J Natl Compr Canc Netw* 2014; 12: 221-227

**1.1.3. Начален скрининг за дистрес и психосоциални потребности***Вероника Иванова, Елена Атанасова*

Последните клиничните ръководства<sup>1-3</sup> за психосоциална подкрепа в онкологичната практика акцентират върху необходимостта всеки пациент с тумор да бъде скриниран за дистрес, като се оценяват неговите специфични психосоциални потребности чрез валидирани въпросници и процедури. Ръководството на NCCN предлага модел за ефективно развитие на психосоциалното здраве, който да бъде предоставян във всички общности, практикуващи онкология. Моделът включва следните дейности, осъществявани от основния онкологичен екип: скрининг за дистрес и психосоциални потребности, изготвяне и прилагане на лечебен план, така че да се отговори на тези потребности, пренасочване на нуждаещите се към специализирана психосоциална помощ, повторна оценка с корекция на плана, ако е необходимо.<sup>4</sup>

Скринингът трябва да осигурява разпознаване, мониториране, доказване и своевременно третиране на дистреса във всеки стадий на болестта и при всякакви условия. Съществуват редица инструменти за измерване на дистрес (Distress Thermometer, PDI, ESAS, HADS, BSI-18, PSSCAN – Psychosocial Screen for Cancer, BDI-II). Предложеният от NCCN дистрес-термометър (DT) е кратък скрининиращ инструмент за определяне на ниво и причини за дистрес. Валидиран е от проведени проучвания при пациенти с различен вид тумори, при различни условия и на различни езици, при различни култури и в различни страни.<sup>5-11</sup> Показва добра чувствителност и специфичност, а оценката на психосоциални потребности, извършена чрез този скрининг в амбулатории, показва, че 20–40% от пациентите имат клинично значими нива на дистрес. Методът е сходен на успешната скала за оценка на болка и служи за първоначален самостоятелен скрининг с един въпрос, който идентифицира дис-

треса от всякакъв източник, дори и да не е свързан с тумор. Скринингът с разширението включва и т.нар. *Списък с проблеми* – 39 айтеми, разпределени в пет категории (практически, семейни, емоционални, физически и духовни/религиозни). Две са изследванията, чрез които се валидира версията с разширението.<sup>12,13</sup> Дистрес-термометърът се използва за скриниране на дистрес при пациенти с костномозъчни трансплантации<sup>14,15</sup> и показва приемлива обща точност, чувствителност и специфичност в сравнение със Скалата за депресия на Центъра за епидемиологични изследвания (CES-D) за оценка на депресия при пациенти с костномозъчна трансплантация.<sup>16</sup> Мета-анализ на 42 изпитвания, включващи над 14000 пациенти с тумори, установява, че обобщената чувствителност на DT е 81% (95% CI 0.79-0.82), а обобщената му специфичност е 72% (95% CI 0.71-0.72) при гранична стойност 4.<sup>17</sup> Експертният съвет на NCCN отбелязва, че *Списъкът с проблеми* може да бъде променен, така че да отговаря на потребностите на местната популация. Към този списък са включени айтеми, като когнитивни нарушения, фертилитет, злоупотреба с наркотични вещества. Когнитивните нарушения, респективно проблеми с памет/концентрация, са често срещани при пациенти с първична локализация на тумори в централна нервна система (ЦНС) поради директно въздействие на неоплазмата и ефекта от нейното лечение.<sup>18</sup> Разпространение на когнитивни дисфункции се наблюдава и при пациенти без мозъчни метастази или първични мозъчни тумори. Изследванията показват, че химиотерапията може да доведе до когнитивни промени при пациенти с карцином на гърда и с лимфом, които с времето да станат по-тежки и да повлияят не само върху качеството на живот, но и върху функцията. Механизмите на когнитивни промени, индуцирани от химиотерапия, не са добре известни, но се съобщава за увреждане на ДНК<sup>20</sup>, промяна в мозъчната активност, което предполага увреждане на мозъка<sup>21</sup>. Хормонална терапия също може да доведе до когнитивни нарушения при пациенти с тумори.<sup>22,23</sup>

Липсва стандартно лечение за когнитивни промени при онкологични пациенти, но ефективни интервенции са когнитивно поведенческа терапия (КПТ), програми за когнитивна рехабилитация и физическа активност<sup>24-26</sup> и използване на някои психостимуланти<sup>27-30</sup>. Фертилитетът се влияе от химиотерапия и лъчелечение, затова при млади пациенти способността им да имат деца е особено важна, заедно и с възможностите за запазване на фертилитета.<sup>31</sup> Злоупотреба с наркотични вещества при онкологични пациенти, за които няма анамнеза за злоупотреба или пристрастяване преди основната болест, е рядко срещана и обикновено е резултат от неконтролиран болков синдром. Подобрването на контрола на симптомите често облекчава зависимостта от наркотични вещества.

**Начален скрининг.** Първоначалната оценка за дистрес се осъществява от основния онкологичен екип. Всеки пациент се скринира за дистрес (ниво и причини) при първоначална визита и през подходящ период от време, особено при промяна в статуса на болестта (ремисия, рецидив или прогресия). Когато няма данни за клинично значимо ниво на дистрес (резултат по DT < 4), това са т.нар. симптоми на очакван дистрес и те се преживяват от повечето пациенти през диагностичния период и тежкия цикъл на лечение и подлежат на интервенции от страна на онкологичния екип. Симптоми на очакван дистрес са страх, тревожност, несигурност в бъдещето по отношение на болестта, скръб заради влошено здраве, гняв и чувство на загуба на контрол върху живота, проблеми със сън и апетит, слаба концентрация, прекомерна загриженост и вкопчване в мисли за болестта, лечението, страничните ефекти от него и смъртта, по отношение на социалните роли. Симптомите могат да персистират дълго след приключване на лечението. Интервенции и поддържащи грижи, осъществявани от основния онкологичен екип, при индивиди без данни за клинично значим дистрес и при всички онкологични пациенти включват предоставяне на обучение и информация (вербална плюс материали, брошури) на пациента и близките му относно: (1) изясняване на диагноза, възможности за лечение и странични ефекти; (2) осигуряване на

приемственост на грижите; (3) мобилизиране на ресурси; (4) необходимост от медицински контрол на симптоми; (5) запознаване с явлението дистрес в контекста на онкологичната болест; (6) конкретни стратегии за понижаване на дистреса (напр. прогресивна релаксация на мускули); (7) източници на информационна подкрепа/ресурси (пациентска библиотека, надеждни уебсайтове); (8) наличие на услуги, свързани с поддържащи грижи (напр. групи с ръководител професионалист, информационни лекции, доброволчески организации) за пациента и близките му в здравното заведение или в общността; (9) наличие на финансова помощ (напр. настаняване, транспорт, здравни осигуровки/платени лекарства); (10) информация за признаци и симптоми на дистрес и възможности за лечение; (11) информация за хигиена на съня и индивидуално овладяване на преумора; (12) информация за други нелекарствени интервенции (физическа активност, хранене). От съществено значение е разбирането, че дистрестът е трудно преживяване за пациентите, но е очаквана и обичайна реакция от тяхна страна.

Клиницистите трябва да са наясно с възможните подкрепящи интервенции за грижа и овладяване на дистреса. Ако пациентът показва клинично значима степен на дистрес – умерено тежък или тежък (резултат по DT ≥ 4), онкологичният екип трябва да разглежда резултата като индикация за втората част на въпросника, за използване на клинични интервюта и/или валидирани скали/инструменти за скрининг на тревожност и депресия. Получените резултати са знак за необходимо своевременно пренасочване към съответен специалист според идентифицирания проблем чрез *Списък с проблеми*. Пациенти с висок риск за дистрес са с анамнеза за психично разстройство, депресия или употреба на психоактивни вещества, с когнитивни нарушения, тежка коморбидност, неконтролирани симптоми, комуникативни ограничения, проблеми в социалната сфера. Рисковите фактори включват млада възраст, женски пол, живееща сама, с малки деца, обект на насилие (физическо/сексуално), пациент, намиращ се в период на повишена уязвимост.

**В**

- При всички онкологични пациенти се препоръчва скрининг за дистрес, мониториране и при необходимост – пренасочване за психосоциална помощ.
- Препоръчва се използване на скрининг, определящ ниво и причини за дистрес (дистрес-термометър).
- Препоръчва се скринирането на онкологични пациенти да се инициира и осъществява от онкологичен екип при всякакви условия и във всеки стадий на болестта.
- При онкологични пациенти без данни за клинично значимо ниво на дистрес се препоръчва осигуряване на обичайни поддържащи грижи, рутинно овладяване на симптоми, неспецифични интервенции и общовалидни процедури, проследяване през редовни интервали или в преходни точки на болестта.
- При онкологични пациенти с данни за клинично значимо ниво на дистрес (умерен и тежък) се препоръчва идентифициране на специфичния проблем чрез Списък с проблеми, клинично изследване, клинични интервюта, валидирани инструменти за тревожност и депресия, с последващо пренасочване към съответен специалист.



*Ефективният контрол на дистрес при онкологични пациенти се базира на ранен скрининг, последваща оценка и иницираща психодиагностика (методи и техники) за установяване на психичното състояние в синдромална категория и степен на изразеност, адекватно пренасочване, проследяване и лечение.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Howell D, Keller-Olaman S, Oliver T, et al: A pan-Canadian practice guideline: Screening, assessment and care of psychosocial distress (depression, anxiety) in adults with cancer. Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, 2010
2. Andersen BL, DeRubies RJ, et al. ASCO Guideline Adaptation: Screening, assessment and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer. *J Clin Oncol* 2013; <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2013.52.4611>
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
4. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, et al. Distress management. *J Natl Compr Canc Netw* 2010; 8: 448-485
5. Mitchell AJ. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *J Clin Oncol* 2007; 25: 4670-4681

6. Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 2003; 97: 2605-2613
7. Dabrowski M, Boucher K, Ward JH, et al. Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients. *J Natl Compr Canc Netw* 2007; 5: 104-111
8. Hoffman BM, Zevon MA, D'Arrigo MC, Cecchini TB. Screening for distress in cancer patients: the NCCN rapid-screening measure. *Psychooncology* 2004; 13: 792-799
9. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, et al. Screening for psychological distress in ambulatory cancer patients. *Cancer* 2005; 103: 1494-1502
10. Patrick-Miller LJ, Broccoli TL, Much JK, Levine E. Validation of the Distress Thermometer: A single item screen to detect clinically significant psychological distress in ambulatory oncology patients. *J Clin Oncol* 2004; 22 (Suppl. 14): 6024
11. Zwahlen D, Hagenbuch N, Carley MI, et al. Screening cancer patients' families with the distress thermometer (DT): a validation study. *Psychooncology* 2008; 17: 959-966
12. Graves KD, Arnold SM, Love CL, et al. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer* 2007; 55: 215-224
13. Tuinman MA, Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra-Weebers JE. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer* 2008; 113: 870-878
14. Ransom S, Jacobsen PB, Booth-Jones M. Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients. *Psychooncology* 2006; 15: 604-612
15. Trask PC, Paterson A, Riba M, et al. Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplant* 2002; 29: 917-925
16. Ransom S, Jacobsen PB, Booth-Jones M. Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients. *Psychooncology* 2006; 15: 604-612
17. Ma X, Zhang J, Zhong W, et al. The diagnostic role of a short screening tool-the distress thermometer: a meta-analysis. *Support Care Cancer* 2014; 22: 1741-1755
18. Janelins MC, Kohli S, Mohile SG, et al. An update on cancer- and chemotherapy-related cognitive dysfunction: current status. *Semin Oncol* 2011; 38: 431-438
19. Wefel JS, Vardy J, Ahles T, Schagen SB. International Cognition and Cancer Task Force recommendations to harmonise studies of cognitive function in patients with cancer. *Lancet Oncol* 2011; 12: 703-708
20. Ahles TA, Saykin AJ. Candidate mechanisms for chemotherapy-induced cognitive changes. *Nat Rev Cancer* 2007; 7: 192-201
21. Deprez S, Vandenbulcke M, Peeters R, et al. Longitudinal Assessment of Chemotherapy-Induced Alterations in Brain Activation During Multitasking and Its Relation With Cognitive Complaints. *J Clin Oncol* 2014. Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24868029](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24868029)
22. Wefel JS, Lenzi R, Theriault R, et al. 'Chemobrain' in breast carcinoma?: a prologue. *Cancer* 2004; 101: 466-475
23. Wefel JS, Lenzi R, Theriault RL, et al. The cognitive sequelae of standard-dose adjuvant chemotherapy in women with breast carcinoma: results of a prospective, randomized, longitudinal trial. *Cancer* 2004; 100: 2292-2299
24. Ferguson RJ, McDonald BC, Rocque MA, et al. Development of CBT for chemotherapy-related cognitive change: results of a waitlist control trial. *Psychooncology* 2012; 21: 176-186
25. Gehring K, Roukema JA, Sitskoorn MM. Review of recent studies on interventions for cognitive deficits in patients with cancer. *Expert Rev Anticancer Ther* 2012; 12: 255-269
26. Hines S, Ramis MA, Pike S, Chang AM. The effectiveness of psychosocial interventions for cognitive dysfunction in cancer patients who have received chemotherapy: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2014; 11: 187-193
27. Conklin HM, Khan RB, Reddick WE, et al. Acute neurocognitive response to methylphenidate among survivors of childhood cancer: a randomized, double-blind, cross-over trial. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 1127-1139



28. Davis J, Ahlberg FM, Berk M, et al. Emerging pharmacotherapy for cancer patients with cognitive dysfunction. *BMC Neurol* 2013; 13: 153
29. Gehring K, Patwardhan SY, Collins R, et al. A randomized trial on the efficacy of methylphenidate and modafinil for improving cognitive functioning and symptoms in patients with a primary brain tumor. *J Neurooncol* 2012; 107: 165-174
30. Lunderoff LE, Jonsson BH, Sjogren P. Modafinil for attentional and psychomotor dysfunction in advanced cancer: a double-blind, randomised, cross-over trial. *Palliat Med* 2009; 23: 731-738
31. Lee SJ, Schover LR, Partridge AH, et al. American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. *J Clin Oncol* 2006; 24: 2917-2931

**1.1.4. Клинично изследване при умерен и тежък дистрес***Ивайла Георгиева, Мария Иванова*

Препоръчително е всички онкологични пациенти да бъдат оценявани за симптоми на умерен и тежък дистрес на определени интервали през периода на терапия и в процеса на цялостните придружаващи грижи. Необходимо е оценката да се извършва чрез одобрени, публикувани стандарти, мерки и процедури. В зависимост от нивото на симптомите и допълнителната информация се препоръчват различни пътеки на лечение. Разпознаването, навременното и ефективно лечение на болни и преживели със симптоми на тревожност или депресия биха понижали цената на лечение на онкологичните болести.<sup>1,2</sup>

**Клинични интервюта.** При изследване на умерен и тежък дистрес целевата група е от пълнолетни (над 18 години) пациенти с онкологични болести, независимо от фаза, вид, стадий или модалност на лечението. Фокусът на резултатите е мултидисциплинарен, а препоръките могат да се използват и от изпълнители на здравни услуги, които пряко предоставят грижи (напр. медицински сестри, социални работници, семейни медицински работници) в различни терапевтични среди. Медицинските специалисти, които прилагат модел на клинични интервюта, представени в настоящите адаптирани насоки, трябва първо да определят с какви ресурси за лечение на симптоми на тревожност и депресия разполага здравно заведение и общност. Наличността и достъпността на поддържащи грижи са важни за превенция или ограничаване на тежестта на симптомите при психопатология на пациентите.<sup>3,4</sup>

Според мета-анализ тревожността е най-разпространеният психичен симптом сред пациенти с дълга преживяемост.<sup>3,5</sup> Според оценка, основана на самоотчетни инстру-

менти най-малко две години след диагностициране, разпространението на значими симптоми на тревожност и депресия е съотв. 11.6% и 17.9%.<sup>3</sup> Както и при индивиди без съпътстваща физическа болест, тревожността и депресията се проявяват съвместно при онкологични пациенти.<sup>3,4</sup> Изострената тревожност се свързва и с увеличени нежелани реакции и симптоми, както и с намалено физическо функциониране.<sup>5,6</sup> Притеснението, което е отличителен признак на тревожност, може да бъде многофокусно и променящо се с времето по съдържание – от опасения във връзка с лечението към физически симптоми и ограничения. Независимо дали става въпрос за стрес, тревожност или притеснения, всички те са свързани с важни неврологично-ендокринни промени, на които отчасти може да се дължи по-късата преживяемост сред онкологични пациенти, които са подложени на повишен дистрес. Скринингът и ранното ефикасно лечение на тези значими симптоми имат потенциал да намалят психосоциалния дистрес не само за пациенти и излекувани, но и за близките, които ги обичат и се грижат за тях. Здравата връзка между пациент и лекар също помага при оценяване на опита на пациент с тревожност или депресия и определяне на най-подходяща терапевтична стратегия.<sup>4,7</sup> Лекуващият екип е отговорен редовно да преоценява състоянието на пациента, за да се установи дали първоначалният курс на лечение за тревожност или депресия е ефективен, а ако не е, какви навременни изменения могат да се въведат в лечението.<sup>7,8</sup> Някои проблеми, като риск от нараняване на себе си или други, тежка тревожност или агитация, или наличие на психоза или объркване (делир), налагат незабавно насочване към психиатър, психолог, лекар или специалист с еквивалентна квалификация.

**Валидизирани скали за тревожност.** При оценка за необходимост от психосоциални и медицински грижи на пълнолетен онкологичен пациент се препоръчва извършване на мониторинг при поставяне на диагноза, дебю на лечение, през редовни интервали

по време на лечението, в края му, след приключване или при преход към възстановяване, при рецидив или прогресия, авансирала болест, в периода преди смърт и в периоди на личен преход или преоценяване, като семейна криза след приключване на лечение и при приближаване на летален изход. Скринингът трябва да определи степента и естеството (проблеми и опасения) на дистреса като показател тип *червена лампа*. Той следва да се извършва с валидиран и надежден инструмент, включващ резултати, които могат да се съобщават (измерения) и са клинично значими (установени гранични стойности). Препоръчва се пациентите да бъдат оценявани за генерализирано тревожно разстройство (GAD), тъй като е най-разпространено от всички тревожни разстройства и често съпътства други, най-вече афективни разстройства и други тревожни разстройства (напр. социално тревожно разстройство).<sup>6,12</sup> Както при депресивни симптоми, при скрининг и оценяване на тревожност трябва да се предвидят специални обстоятелства, включително използване на оценки, съобразени с културните особености и лечение, и адаптиране на оценката или лечението за пациенти с нарушения в способността за учене или когнитивни увреждания. В някои случаи, свързани с процедури, болката, която представлява остро краткотрайно усещане, може да бъде придружена със силна тревожност. Процедури, за които се съобщава, че са болезнени, са костномозъчна аспирация, лечение на рани, лумбална пункция, кожна биопсия и биопсия на костен мозък, инжекции и манипулации през интравенозен катетър, артериален катетър и централен катетър. Голяма част от наличните данни за болка, свързана с процедура, са получени от проучвания при педиатрични пациенти с тумори, които след това са екстраполирани за възрастни. Интервенциите за лечение на болка и тревожност, свързана с процедура, трябва да отчитат нейния вид, очаквано ниво на болка и индивидуални характеристики на пациента, като възраст и физическо състояние. Интервенциите

могат да бъдат мултимодални и да включват фармакологични и/или нефармакологични подходи.<sup>7</sup>

**Скала на Beck за оценка на тревожност (Beck Anxiety Inventory, BAI).** Включва 21 елемента и се попълва от пациента за оценяване на тежестта на соматичните симптоми на тревожност.<sup>5,6</sup> Резултат по BAI > 10 е знак за лека тревожност, а резултат > 19 – умерена тревожност. Изследователска област на метода са соматични симптоми на автономна възбуда и паника (напр. учестен сърдечен ритъм, изпотяване на длани). Инструментът е създаден да разграничи симптоми на тревога от симптоми на депресия.

**Въпросник за генерализирано тревожно разстройство-IV (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV, GAD-Q-IV).** Това е скала от 9 елемента, попълвана от пациент за оценяване на симптоми на генерализирано тревожно разстройство, съгласно дефиницията на DSM-IV.<sup>8</sup> Изследователска област на метода е неконтролируемо притеснение, увреждане във функционирането, физически симптоми и субективен дистрес

**Алгоритъм за генерализирано тревожно разстройство (Generalized Anxiety Disorder, GAD)-7.** Това е инструмент за клинично интервюиране и оценяване на тревожност при пълнолетни онкологични пациенти.<sup>6,8,11</sup> В този алгоритъм думата *тревожност* се отнася до резултати по GAD-7, а не до клинична диагноза на тревожно разстройство: (1) първоначална диагноза/начало на лечение, редовни интервали по време на лечение, 3, 6 и 12 месеца след лечение, диагноза *рецидив* или *прогресия*, в периода преди смърт и в периоди на личен преход или преоценка, като семейна криза; (2) наличие на симптома през последните две седмици (0 = *никога*, 1 = *няколко дни*, 2 = *повече от половината дни* и 3 = *почти всеки ден*); (3) съдържание на елементите: чувство

на притеснение, тревога или напрежение, неспособност да се спре/контролира тревогата, прекомерна тревога, трудности при отпускане, неспокойствие, лесна раздразнителност, недоволство и чувство на страх. Последен въпрос е за трудностите, предизвикани от проблемите.<sup>6,7</sup> Скалата съдържа 7 елемента и се попълва от пациента за оценяване на вероятни причини за генерализирано тревожно разстройство. Резултати  $\geq 5$ , 10 и 15 се смятат за означаващи съотв. лека, умерена и тежка степен на тревожност.

**Болнична скала за тревожност и депресия (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).** Състои се от 14 елемента и е мярка, попълвана от пациента, със скали за тревожност и депресия.<sup>2,9-12</sup> Резултат от  $> 8$  по скалата за депресия или по скалата за тревожност е знак за съответствие с болестта въз основа на критериите ICD-9. Изследователска област на метода са симптоми на депресия, симптоми на тревожност; не са включени елементи с физически симптоми.

**Въпросник на Spielberger за оценяване на тревожност като състояние или черта (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, STAI).** Инструментът е скала, попълвана от пациента, с която се оценяват симптомите на тревожност като състояние (20 елемента) или черта (20 елемента).<sup>8,10</sup> Елементите за състояние показват как отговарящият се чувства *в момента*; елементите за черта са за това как отговарящият се чувства *по принцип*. Изследователска област на метода са когнитивни, поведенчески и физиологични симптоми на тревожност.

**Въпросник на Пенсилвански университет за чувство на притеснение (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ) и съкратена форма (PSWQ-A).** Методът се състои от 16 елемента и се попълва от пациента за оценяване на тежестта на чувство за притеснение, основени симптом на GAD.<sup>2,6,8,9</sup> Резултатът може да се изчислява като продължа-

ваща мярка или като дихотомна мярка, указваща наличие или отсъствие на вероятно GAD. Изследователска област на инструмента са разпространение и контролируемост на симптоми на патологично притеснение.

**Клинични интервюта за оценка на депресивност.** Всички пациенти трябва да преминат скрининг за симптоми на депресивност при първоначалното си посещение, на определени интервали и при клинични показания за това, особено при промени в болестта или състоянието на лечението (напр. след лечение, рецидиви, прогресия), както и при преход към палиативни грижи в края на живота. Необходимо е да се предвидят специални обстоятелства при оценка на симптоми на депресивност. Те включват, но не се изчерпват със следното: (1) използване на оценки, съобразени с културните особености и лечение, когато е възможно; (2) адаптиране на оценката или лечението за пациенти с нарушения в способността за учене или когнитивни увреждания; (3) познаване на факта, че депресията е по-трудно откриваема при възрастни пациенти. Необходимостта от услуги за третиране на умерена до тежка симптоматика се определя от отбелязване на повече от един симптом. Психологическите и психосоциалните интервенции трябва да стъпват върху подходящи наръчници за лечение с емпирично обосновани терапии, които уточняват съдържанието и насочват структурата, метода на приложение и продължителността на интервенция. Използването на изходни показатели трябва да бъде рутинно (най-малко преди и след терапия) с цели: (1) измерване на ефикасността на лечението за индивидуалния пациент, (2) проследяване на придържането към терапията и (3) оценка на компетентността на медицинския специалист.<sup>5,6</sup>

Онкологичните пациенти с депресия имат притеснения за болестта си (70%), за отношенията с приятелите си (77%), за добруването на близките си (74%) и за финансите си

(63%)<sup>7,8</sup>, а последствията от това включват увеличаване на симптоматиката и неадекватно справяне с тревогите<sup>9</sup>. Депресията се свързва преди всички с повишен риск от ранна смърт (относителен риск – 1.22-1.39) и смърт от онкологична болест (относителен риск – 1.18).<sup>8,9</sup> Две изследвания документират повишена честота на самоубийства в популации на пациенти с дълга преживяемост след карцином на гърда и пациенти с дълга преживяемост след тумор на тестиси.<sup>10,12</sup> Валидирани са четири скали за оценка на депресивност.

**Скала на Beck за оценка на депресия (Beck Depression Inventory, BDI).** Съставена е от 21 елемента и се попълва от пациента за оценяване на симптомите на депресия. Резултат > 20 по BDI говори за клинична депресия.<sup>8,10</sup> Изследователска област на метода са поведенчески, когнитивни и соматични компоненти на депресията, включително суицидна идея.

**Скала за депресия на Центъра за епидемиологични изследвания (Center for Epidemiological Studies–Depression Scale, CES-D) и кратка форма (CES-D-SF).** Съдържат съотв. 20 и 10 елемента и се попълват от пациента.<sup>10,12</sup> Резултат по CES-D > 16 е знак за умерена до тежка депресивна симптоматика. Изследователска област на методите са негативен афект и настроение, позитивно настроение или състояние, соматична симптоматика и депресия. Скалата CES-D е сравнително независима от наличие на физически симптоми.

**Скала за гериатрична депресия (Geriatric Depression Scale, GDS) и кратка форма (GDS-SF).** Инструментите съдържат съотв. 30 и 15 елемента и се попълват от пациента за оценка на депресивни симптоми, които се срещат по-често при възрастни хора.<sup>9,10</sup>

Резултат по GDS > 19 говори за депресия и изисква предприемане на последващи мерки. По GDS-SF този резултат е > 5. Изследователска област на скалите са позитивни и негативни афективни симптоми.

**Оценъчна скала на Hamilton за депресия (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D).** Методът включва 17 елемента и се прилага от диагностик за оценяване на тежестта на симптоми на депресия, съгласно дефиницията на DSM-IV.<sup>11,12</sup> Резултат 7-17 по HAM-D говори за лека депресия, 18-24 – за умерена депресия, а резултат > 25 е знак за тежка депресия. Изследователска област на инструмента са депресивно настроение, безсъние, ажитация, тревожност и загуба на тегло.

**Пациентски здравен въпросник за депресия (Patient Health Questionnaire for Depression, PHQ-9).** Скалата съдържа 9 елемента и се попълва от пациента за оценяване на симптоми за голямо депресивно разстройство, съгласно дефиницията на DSM-IV.<sup>11</sup> Изследователска област на метода са депресивни симптоми и придружаващо увреждане на функционалността. Над 50% от пациентите с онкологични болести се справят добре, проявявайки забележителна душевна сила при поставянето на диагнозата, по време на лечението и впоследствие. Дори когато психологическите реакции по време на активното лечение са задоволителни, една подгрупа пациенти остава уязвима за по-късни прояви на дистрес.<sup>12</sup> Независимо от момента и обстоятелствата, при които се появят съпътстващи психиатрични нарушения, ако тревожните разстройства и депресията не се лекуват, това може да има огромни емоционални, междуличностни и финансови последствия за пациентите, както и икономически последствия за изпълнителните на здравни услуги и здравната система.

**В**

- При онкологични пациенти с първоначални данни за умерен и тежък дистрес се препоръчва оценка за генерализирано тревожно разстройство и/или за депресия посредством валидизирани пациентски въпросници и скали.
- При онкологични пациенти се препоръчва оценка за тревожно разстройство и/или за депресия в хода на онкологичната болест – преди и след анти туморна терапия, при рецидив, прогресия, преди смърт и в периоди на личностен преход или преоценка.
- За цялостен скрининг при умерен и тежък дистрес се препоръчва адекватно и подходящо насочване към проследяване, лечение и психосоциална подкрепа.



- *Връзката между пациент и лекар помага при оценката на тревожност и/или депресия и избор на най-подходяща терапевтична стратегия.*
- *Дори когато психологическите реакции по време на активно лечение са удовлетворителни, една подгрупа пациенти остава уязвима за по-късни прояви на дистрес.*
- *Интервенциите за лечение на болка и тревожност, свързани с процедура, трябва да отчитат нейния вид, очакваното ниво на болка, индивидуалните характеристики на пациента, възрастта и физическото му състояние.*
- *Особено болезнени са манипулациите: костномозъчна аспирация, лечение на рани, лумбална пункция, кожна биопсия/биопсия на костен мозък, инжекции и манипулации през интравенозен, артериален и централен катетър.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Howell D, Keller-Olaman S, Oliver T, et al. A pan-Canadian practice guideline: Screening, assessment and care of psychosocial distress (depression, anxiety) in adults with cancer. Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, 2010. Available at: [www.capo.ca/pdf/ENGLISH\\_Depression\\_Anxiety\\_Guidelines\\_for\\_Posting\\_Sept2011.pdf](http://www.capo.ca/pdf/ENGLISH_Depression_Anxiety_Guidelines_for_Posting_Sept2011.pdf)
2. Ripamonti CI, Bossi P, Santini D, Fallon M. Pain related to cancer treatments and diagnostic procedures: a no man's land? *Ann Oncol* 2014; 25:1097-1106
3. American Cancer Society: Cancer treatment and survivorship facts & figures 2012-2013. American Cancer Society, 2012. Available at: [www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-033876.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-033876.pdf)

4. Beard CJ, Travis LB, Chen MH, et al: Outcomes in stage I testicular seminoma: A population-based study of 9193 patients. *Cancer* 2013; 119 (15): 2771
5. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011; 12: 160-174
6. Ganz PA, Earle CC, Goodwin PJ. Journal of Clinical Oncology update on progress in cancer survivorship care and research. *J Clin Oncol* 2012; 30: 3655-3656
7. McCabe MS, Bhatia S, Oeffinger KC, et al. American Society of Clinical Oncology statement: Achieving high-quality cancer survivorship care. *J Clin Oncol* 2013; 31: 631-640
8. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: A meta-analysis. *Psychol Med* 2010; 40: 1797-1810
9. Waxmonsky JA, Thomas M, Giese A, et al. Evaluating depression care management in a community setting: Main outcomes for a Medicaid HMO population with multiple medical and psychiatric comorbidities. *Depress Res Treat* 2012; 769: 298
10. Faller H, Schuler M, Richard M, et al. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013; 31: 782-793
11. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1092-1097
12. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)

**1.2. ПСИХОЛОГИЧНИ И ПСИХИАТРИЧНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПОДХОДИ****1.2.1. Когнитивно-поведенчески техники***Димитрина Григорова, Искра Дачева*

Според когнитивно-поведенческата терапия (КПТ) симптомите, оплакванията, с които идва пациентът, са последици на когнитивни феномени. Когнитивните феномени са център на произход на симптоматиката, а афективните и соматичните промени се явяват впоследствие. Анализира се взаимодействието между когнициите и емоциите и отношението на това взаимодействие с наблюдаваното поведение. Когнициите представляват мисли, образи, идеи, представи, вътрешна реч на личността; те могат да бъдат вербални или визуални и са отражение на процеса на придобиване на информация на индивида, което се изразява във вътрешна представа. Важна характеристика на когнициите е, че те се ръководят от абсолютизирани изисквания: *трябва да, дължен съм да*, които водят до стрес и вътреличностни конфликти. Психичните разстройства са продукт на ирационални мисли, а терапевтичното въздействие се състои в замяната им с рационални, които да позволят на индивида да промени своите емоции и поведение в положителна посока.

Има четири основни парадигми, на които се базира когнитивно-поведенческата терапия: класическо научаване, оперантно научаване, социално учене и когнитивно учене.<sup>1</sup>

**Същност на КПТ.** Базира се на обяснителния модел *A B C D E*, където първите три звена (A, B и C) са свързани с възникване на симптоматика при пациента, а последните две (D и E) – с терапевтичното въздействие. A е активиращото събитие; може да е ситуация, явление от външния свят или явление от вътрешния свят на

личността (мисъл, представа, фантазия, поведение, емоция). B е убеждението, до което води A и което може да бъде рационално или ирационално; то е продукт на системата от вярвания и убеждения на личността и включва цялото съдържание на когнитивната система (мисли, спомени, образи, атрибуции, норми, ценности, схеми, житейска философия). C са последициите или реакцията пред A; могат да бъдат от емоционален тип (емоции), от когнитивен тип (мисли) или от поведенчески тип (действия, поведение). D представлява обсъждането и оспорването между пациента и терапевта на ирационалните мисли. E символизира резултата от правилно проведена конфронтация с ирационалните мисли. Самата терапевтичната интервенция в КПТ е структурирана в три основни стъпки: (1) точна оценка на случая – формулиране на обяснителни хипотези за проблемите, които водят човека при терапевта и очертаване на целите на лечението; (2) формулираните хипотези водят до терапевтична интервенция – използване на терапевтични техники, като път към постигане на целите; (3) оценка на конкретното приложение на терапевтичната програма и договаряне за поддържане на постигнатите промени и положителни резултати.<sup>2</sup>

**Акценти в КПТ при онкологични пациенти.** Включва релаксиране, подобряване на уменията за решаване на проблеми, както и откриване и коригиране на неправилни мисли, свързани с чувствата. При рандомизирани клинични изпитвания е доказано, че КПТ ефективно понижава психологическите симптоми (тревожност и депресия), както и физическите симптоми (болка и отпадналост) при пациенти с тумори. В систематичен преглед от 2012 г. се прави заключение, че липсват данни за ефикасност на КПТ при пациенти с авансирала болест.<sup>3</sup> *Ferguson et al.* разработват кратка интервенция с КПТ (обучение за адаптиране на паметта и вниманието [МААТ]), насочено



към подпомагане на хора, преживели карцином на гърда, да преодолеят когнитивна дисфункция, свързана с адювантна химиотерапия; в това пилотно еднорамово изпитване се наблюдават подобрения в когнитивната функция, оценена от самите пациенти, в качеството на живот и в резултатите от стандартния невропсихологически тест при всички пациенти (29 жени средно 8 години след адювантна химиотерапия за карцином в стадий I-II). След това авторите провеждат рандомизирано изпитване за оценка на ефикасността на МААТ и установяват, че при пациенти с приложена интервенция са налице подобрени резултати за вербална памет и духовно благополучие.<sup>4</sup>

**Предоставяне на обучение и информация (устно плюс необходими материали) на пациент и близки.** Включва обучение относно: (1) нормалност на стреса и тревожността в контекста на онкологична болест; (2) конкретни стратегии за понижаване на стреса (напр. прогресивна релаксация на мускулите); (3) източници на информационна подкрепа/ресурси (пациентска библиотека, надеждни уебсайтове); (4) наличие на услуги, свързани с поддържащи грижи (напр. групи с професионален ръководител, информационни лекции, доброволчески организации) за пациента и близките му в здравното заведение или в общността; (5) наличие на финансова помощ (напр. настаняване, транспорт, здравни осигуровки/платени лекарства); (6) информация за знаците и симптоми на тревожни разстройства и лечението им; (7) информация за хигиена на съня и индивидуално овладяване на преумората; (8) информация за други нелекарствени интервенции (физическа активност, хранене).<sup>3</sup>

**Стъпки в КПТ при онкологични пациенти.** *Разясняване на теоретичния модел.* Като начало на терапевтичното взаимодействие и важна част от терапията е необходимо психологът да информира пациента за особеностите на теоретичния модел, върху

който се базира КПТ. По този начин се изгражда доверие у пациента, създава се убеждение у него, че би могло да му се помогне чрез приложението на относително разбираеми методи, изискващи негово активно участие. Информирането на пациента не трябва да се пренебрегва, защото то е стъпка към “спечелване” на неговото сътрудничество, което, от своя страна, е една от най-важните предпоставки за успешна терапия.

**Идентифициране на автоматични мисли.** Представяват бързи и кратки оценъчни разсъждения, които не са резултат на размисъл, а изглежда сякаш се появяват автоматично. Могат да са във вербална форма (вътрешната реч) и/или във визуална (образи). Автоматичните мисли произлизат от убежденията на човека, които той счита за “абсолютни истини”. В хода на терапията те трябва да бъдат ясно идентифицирани в съдържателно отношение, тъй като това е стъпка към промяна на тяхното съдържание, ригидност и дезадаптивност по време на терапевтичното въздействие. Необходимо е и установяване на евентуално наличие на предварителни хипотези, т.е. готови обяснителни модели. Промяната на автоматичните мисли и готовите когнитивни обяснителни модели се извършва чрез приложението на следните техники: (1) детайлно разглеждане заедно с пациента на ситуации, емоции и др. и откриване на тяхната реална взаимовръзка, която е различна от “приписваната” от пациента; (2) обучение в рационално (неподчинено на готови обяснителни модели) “тестиране” и оценка на явленията от реалността; (3) обучение в рационален отговор на тези явления. Необходимо е терапевтът да разкрие съдържанието на тези “когнитивни схеми”, които са основа на умозаклученията и поведението на пациента, за да може да се пристъпи към тяхното изменение в хода на терапията.<sup>2</sup>

**Основни терапевтични техники в КПТ.** Разграничението на техниките на когнитив-

ни и поведенчески е условно поради силната причинноследствена свързаност на промяната в когнициите и в поведението. Успешните терапевтични резултати се дължат на съвместно приложение на две разновидности от техники: (1) когнитивни – насочени към подпомагане на пациента в идентифициране, сравнение с реалността и промяна на погрешни концептуализации и дисфункционални убеждения; (2) поведенчески – техники, чрез които се въздейства върху конкретни детайли от поведението на пациента.

**“Нормализиране”:** Още в началото на терапевтичното взаимодействие терапевтът трябва да изясни на пациента, че той не е “сам и единствен в страданието си” (отнася се главно за натрапливи мисли). Казва му се, че 90% от “здравите” хора съобщават за подобни мисли. Показва се списък от натрапливи мисли на “здрави” хора, който съдържа натрапливи мисли на пациента. Може да се цитира някоя натраплива мисъл на друг пациент, но такава, каквато сегашният пациент не притежава; иска се от пациента да я интерпретира. В този случай той обикновено обяснява съдържанието на казаната му натраплива мисъл с наличието на тревожност и притеснение у другия пациент, т.е. обяснителният модел е различен от прилагания към собствените натрапливи мисли. Терапевтът подчертава тази разлика и насочва пациента към правилната интерпретация на неговите мисли чрез задаване на въпроса: *При това положение Вие как бихте обяснили за себе си Вашите мисли?* Така, интерпретирайки своите симптоми чрез обяснителни механизми, приложени към “чуждата” симптоматика, пациентът (засега само на рационално ниво) осъзнава истинската причина, стояща в основата на травмиращите го натрапливи мисли.

**“Ваксиниране” срещу стрес.** Тази когнитивно-поведенческа техника е насочена към развиване на способности у пациента за контрол над стреса. “Ваксинирането” срещу

стрес има следните три фази: (1) когнитивно-поведенческа концептуализация на отговора на стреса; (2) придобиване на умения за противопоставяне на стреса (релаксация, самоинструментиране и др.); (3) приложение, по време на което пациентът се поставя по степенуван начин в предизвикваща стрес ситуация (представна или реална).

**Релаксация.** Може да се използва като терапевтична техника самостоятелно или като част от друга поведенческа техника, напр. систематична десенсибилизация. *Jacobson E.* провежда първото психофизиологично изследване върху релаксацията (прогресивна релаксация), която води до състояние на пълно мускулно отпускане. В наши дни се използва модифицирана версия на тази техника, която изисква по-малко време за обучение. Прогресивната релаксация на *Jacobson* протича по следния начин: пациентът се настанява удобно и затваря очи; концентрира вниманието си върху дишането така, че с всяко вдишване да усеща как едно чувство на отпуснатост преминава през тялото му и как с всяко издишване напрежението намалява; след това се подават инструкции за налягане и отпускане на 14 мускулни групи; за около 5-7 секунди трябва да се поддържа ниво на мускулно напрежение, което да не предизвиква болка, а после да последва мускулна релаксация с времетраене от 10 до 20 секунди; това “налягане-отпускане” се повтаря по два пъти за всяка мускулна група, като вниманието се фокусира върху усещанията, които съпътстват всяко едно от двете състояния; трябва да се следи пациентът да не наляга автоматично същевременно и други мускули, а да се съсредоточи върху посочената от терапевта мускулна група; когато 14-те мускулни групи са в отпуснато състояние, вниманието на пациента се насочва към усещането за релаксация в цялото тяло, като за център на вниманието служи дишането; за да се постигне пълна релаксация, на пациента се казва да си представи едно приятно събитие, сцена, която е обсъдена предварително; накрая пациентът се приканва да се върне постепенно в оби-

чайното си състояние, като запази усещането за приятна релаксация. *Schultz J.* говори за пасивна форма на контрол на активация – автогенен тренинг. Автогенният тренинг представлява метод, насочващ вниманието на пациента към неговите вътрешни усещания, като топлина, тежест и др.

**Систематична десенсибилизация.** Тя е една от най-изучаваните и прилагани в клиничната практика техники. Въведена е през 1958 г. от *Wolpe J.* и е насочена главно към понижаване на степента на тревожност, свързана с конкретни стимули. Техниката се състои в съчетаване на състояние на релаксация с представа за ситуации, за които пациентът твърди, че предизвикват у него тревожност. Според терапевта, ако пациентът се научи да релаксира, докато си представя подобни сцени, то стимулите от реалния живот ще му причиняват по-слабо или никакво чувство на тревожност. Най-важните компоненти на тази техника са: (1) обучение в мускулна релаксация; (2) създаване на йерархия на ситуации или стимули, които предизвикват тревожност, т.е. подреждат се съобразно нарастване на степента на тревожност, която предизвикват; (3) постепенно представяне във въображението или “на живо” на стимулите, които предизвикват тревожност.<sup>2</sup>

**Психосоциални интервенции.** Няколко мета-анализа, систематични обзори и рандомизирани изпитвания демонстрират, че КПТ може да намали отпадналостта при онкологични пациенти. Например когнитивно-поведенческа интервенция, която е съсредоточена върху дисфункционални мисли за отпадналост, лоши стратегии за справяне и нерегулирани модели на сън и активност, води до значителни подобрения у отпадналостта, които се запазват при дългосрочно проследяване.<sup>6</sup>

**Психологически (индивидуални) интервенции.** Осъществяват се от квалифицирани професионалисти в областта на психичното здраве с помощта на съответни ръководства за лечение, включващи някои от следните теми: когнитивни промени, активиране на поведение, биоповеденчески стратегии, стратегии за образование и/или развлечение. Добавят се допълнителните стратегии за превенция на рецидив и следене на ефикасността.<sup>2</sup>

**Психосоциални (групови) интервенции.** Те са структурирани и ръководени от квалифициран специалист по психично здраве по теми като: понижаване на стреса, положителен копинг (търсене на информация, решаване на проблеми, позитивно взаимодействие), укрепване на социалната подкрепа от приятели и близки, справяне с физически симптоми (напр. преумора, сексуална дисфункция), с промени в тялото и промяна на поведението, свързано със здравето (диета, ниво на активност, тютюнопушене).<sup>2</sup>

**Лекарствени интервенции.** Предписват се от лекар психиатър, като изборът се основава на профила за нежелани реакции, взаимодействията, повлияването, възрастта на пациента и предпочитанието му. Препоръчителни са краткотрайни интервенции и редовно проследяване на придържане към режима, странични ефекти и нежелани събития.<sup>5</sup>

**Критики към КПТ и приложението ѝ при онкологични пациенти.** Една от най-разпространените критики твърди, че симптомите след време отново се възобновяват или се заместват от други. Проучвания, включващи следтерапевтично проследяване на състояние на пациенти, показват, че в по-голяма част от случаите това явление не се наблюдава. Възобновяване на симптомите се получава при разстройства, при които никоя психоло-

гическа стратегия не се е оказала достатъчно ефикасна, напр. при шизофрения и диссоциално личностово разстройство. От друга страна, прилагане на КПТ при други групи синдроми, напр. при тревожни разстройства, е много ефикасно: при около 90% от случаите се наблюдава пълно възстановяване или значително подобрене при следтерапевтично проследяване с продължителност над две години. Може би споменатите критики се коренят в

убеждението, че успешното лечение трябва задължително да включва идентифициране на причините за симптомите. Всъщност КПТ не пренебрегва тези причини, а напротив – те играят важна роля при избор на терапевтични стратегии, но акцентът се поставя не върху причините, свързани с индивидуалната история, а върху причините, проучени и предоставени на КПТ от теориите, обясняващи човешкото поведение.<sup>5</sup>

## В

- При онкологични пациенти с тревожност и депресия се препоръчва провеждане на когнитивно-поведенческа терапия с цел контрол на психологически и физически симптоми.
- За когнитивно-поведенческа терапия при онкологични пациенти се препоръчват техниките на систематична десенсибилизация и психосоциални интервенции.



*Провеждащите когнитивно-поведенческа терапия трябва да бъдат сертифицирани психотерапевти от когнитивно-поведенческата школа.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Medin DL, Ross BH. Cognitive Psychology. Philadelphia –Tokyo, 1996, 35-89
2. Beak AT. Cognitive therapy and emotional disorders. New York, 1977, 15-32, 89-115
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative care, v.1.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
5. Kilpatrick DG, Koenen KC, Ruggiero KS, et al. The serotonin transporter genotype and social support and moderation of posttraumatic stress disorder in hurricane – exposed adults. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1693-1697
6. Smith TJ, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The Integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012; Available at: [www.jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2011.38.5161](http://www.jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2011.38.5161)

**1.2.2. Семейна терапия и терапия по двойки***Гергана Иванова, Илиан Илиев*

Диагнозата *тумор*, освен у пациента, причинява стрес и у партньора и членовете на семейството. Проучванията традиционно се фокусират върху въздействието на болестта върху пациенти и едва наскоро вниманието се обърна към въздействието на диагнозата върху партньори.<sup>1</sup> Пациенти и партньори често описват подобни реакции към диагнозата *тумор*, включително шок<sup>2,4</sup>, дистрес<sup>5-7</sup>, тревожност<sup>2,3,6</sup>, депресия<sup>2,3,6</sup>, страх и несигурност<sup>3,4,8</sup>, и отричане<sup>3</sup>. Страхове на съпрузите на пациентите са по правило най-силно изразени по време на поставяне на диагнозата и хоспитализация за операция и лечение, но тревожността и дистресът продължават да се наблюдават след като те са приключили лечението. Отворената комуникация между пациенти и партньори по въпроси, свързани с тумора, е важен ресурс, когато трябва двойката да се справи с предизвикателствата и изискванията, свързани с лечението и страничните му ефекти.<sup>9,10</sup> Открита комуникация е свързана с по-голяма взаимна подкрепа<sup>11,12</sup>, по-високо качество на живот (QOL), по-добро психосоциално функциониране, както и по-хармонични отношения между двамата партньори<sup>13-17</sup>.

Взаимното споделяне и обсъждане между партньори на свързаните с тумора чувства, възгледи и проблеми има силни ефекти върху психологическото благосъстояние при онкологични пациенти, особено при претърпели по-голямо физическо увреждане.<sup>14</sup> Обратно, липсата на обмен на свързаните с тумор опасения компрометира пациент-партньорските отношения и техните психологически корекции.<sup>15,18</sup> Тези негативни ефекти могат да се изострят, когато двойките имат противоречиви модели за комуникация (т.е. ограничено разкриване от единия и по-отворени за другия съпруг).<sup>14,19</sup> Липса на откритата комуникация по въпроси, свързани с тумора, вреди на интимните отношения и психосоциалното благополучие, дори когато единият или и двамата партньори крият проблемите и чувствата в опит да предпазят себе си и/или техния любим човек.<sup>16,17</sup> Семейната терапия и терапията по двойки е емоционално-фокусирана, работеща по посока на осъществяване и улесняване на откритата комуникация в партньорските взаимоотношения и интегративна поведенческа терапия.<sup>20</sup> По правило процесът отнема 6-12 сесии в рамките на 6-18 месеца. Продължителността и редовността на терапиите зависи от степента на дисфункционалност на семейството. Терапия при скръб, фокусирана към семейството, може да намали патологичните последици от скръбта в семейства с болни в терминален стадий.<sup>21,22</sup>

**С**

- При онкологични пациенти се препоръчва семейна и брачна консултация.
- Препоръчва се емоционално-фокусирана и интегративна поведенческа терапия.
- Препоръчва се психосоциална работа със семейството/роднините на онкологичните пациенти с цел оптимизиране на междуличностните взаимоотношения.

**С**

- Препоръчва се индивидуална психологична работа със съпруга или съпругата на онкологично болен.
- При пациенти в терминален стадий се препоръчва терапия при скръб, фокусирана към семейството.
- При онкологични пациенти се препоръчват фокусирани терапевтични сесии, вместо стандартна грижа в семейството.



- Консултирането на семейната двойка следва да започне при поставяне на диагнозата или при хоспитализиране на пациента за терапевтична интервенция.
- Изследвайки потребностите на семейството, се определя необходимостта от кризисна интервенция при двойката в различни етапи на лечение и ход на болестта.
- Терапевтичната интервенция в семейната двойка допринася за подсилване на ресурсите на пациента за справяне с последиците от диагнозата, лечението, страничните ефекти и по-добър къмплаянс.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Girgis A, Lambert SD: Caregivers of cancer survivors: the state of the field. *Cancer Forum* 2009; 33 (3): 167-171
2. Given B, Sherwood P, Given C: Family care during cancer care. In *Handbook of Cancer Control and Behavioural Science: A resource for researchers, practitioners, and policymakers*. Edited by Milller S. American Psychological Association, Washington D.C; 2009: 391-408
3. Meyerowitz BE, Oh S. Psychosocial response to cancer diagnosis and treatment. In *Handbook of Cancer Control and Behavioural Science: A resource for researchers, practitioners, and policymakers*. Edited by Milller S. American Psychological Association, Washington D.C; 2009: 361-389
4. Resendes LA, McCorkle R: Spousal responses to prostate cancer: An integrative review. *Cancer Investig* 2006; 24 (2): 192-198
5. Carlson LE, Angen M, Cullum J, et al. High levels of unrelated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 2004; 90: 2227-2304
6. Centre NBC, Initiative NCC. *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. Commonwealth of Australia, In. Canberra; 2003
7. Zabora J, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19-28
8. Kayser K, Scott JL. *Helping couples cope with women's cancers: An evidence-based approach for practitioners*. Springer Science, Business Media, New York; 2008
9. Lewis FM. The family's "stuck points" in adjusting to cancer. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, et al., editors. *Psychooncology*. Oxford University Press; New York: 2010. pp. 511-15.

10. Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, et al. Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer* 2007; 110: 2809-2818
11. Montgomery J, Fewer W. *Family Systems and Beyond*. Human Science Press, INC; 1988
12. Rogers LE, Escudero V, editors. *Relational communication: an interactional perspective to the study of process and form*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates; 2004. p. 248
13. Song LX. *Couples' communication and quality of life during prostate cancer survivorship*. University of Michigan; Ann Arbor 2009
14. Manne S, Ostroff J, Norton TR, et al. Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15: 234-247
15. Porter LR, Keefe FJ, Hurwitz H, et al. Disclosure between patients with gastrointestinal cancer and their spouses. *Psychooncology* 2005; 14: 1030-1042
16. Langer SL, Brown JD, Syrjala KL. Intrapersonal and interpersonal consequences of protective buffering among cancer patients and caregivers. *Cancer* 2009; 115: 4311-4325
17. Manne SL, Norton TR, Ostroff JS, et al. Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction. *J Family Psychology* 2007; 21 :380-388
18. Manne S, Badr H, Zaider T, et al. Cancer-related communication, relationship intimacy, and psychological distress among couples coping with localized prostate cancer. *J Cancer Surviv* 2010; 4: 74-85
19. Paradis M, Consoli SM, Pelicier N, et al. Psychosocial distress and communication about cancer in ill partners and their spouses. *Encephale* 2009; 35: 146-151
20. Lebow JL, Chambers AL, Christensen A, Johnson SM. Research on the treatment of couple distress. *J Marital Fam Ther* 2012; 38 (1): 145-168
21. Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, et al. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1208-1218
22. Regan TW, Lambert SD, Girgis A, et al. Do couple-based interventions make a difference for couples affected by cancer?: a systematic review. *BMC Cancer* 2012; 12: 279

**1.2.3. Поддържаща психотерапия***Силвия Цветкова, Димитрина Григорова*

Лечението на авансирани тумори е комплексно и е изключително важно в него да участват специалисти в мултидисциплинарен екип: медицински онколози, лъчетерапевти, онкологични хирурзи, специалисти по образна диагностика, патолози, гинеколози, психоонколози, социални работници, медицински сестри и специалисти по палиативни грижи. От момента на диагностициране на онкологичните пациенти трябва да се предложат подходящи психосоциални грижи, поддържащо лечение и интервенции за симптомите. Подходът трябва да бъде индивидуален и да отговаря на потребностите на отделния пациент<sup>1-3</sup>.

В клиничната практика при онкологични пациенти с авансирал тумор широко се използва поддържаща психотерапия (ППТ), насочена към гъвкаво задоволяване на променящите се потребности на болния. Лонгитудинални проучвания върху 100 жени с карцином на гърда доказват, че пациенти, които са се самооценили като носители на „борчески дух“, имат по-висока преживяемост в сравнение с пациентки със стоическо приемане и безпомощност.<sup>2</sup> В подкрепа на тези изводи и други изследователи свързват оцеляването със самооценени качества като „оригинален, независим, специален“; след шест години приблизително 60% от пациентите с „борчески дух“ са живи. Шестгодишно проучване доказва, че отричането е гарант за оцеляване.<sup>2</sup>

Една от основните задачи на ППТ е да осигури чувство за опора и емоционална поддръжка. Осъществява се успоредно с фармакотерапия.<sup>4</sup> Необходима е особено при несаможестелни и зависими пациенти, при гранични, психотични и невротични инди-

види. Провежда се успоредно с рехабилитационни и социални програми. Пациентите с тумори по индивидуален начин преработват негативните емоции, свързани с психосоциалния дистрес. При наличие на емоционални разстройства индивидите са склонни да обективират здравословните си проблемите чрез „създаване“ на фрустрационни пречки, посредством които оправдават негативните си емоции. За анализ на състоянието се подхожда първо към идентификация и работа с първичната дезорганизация, а след това вниманието се насочва към външните препятствия.<sup>4</sup>

Проучванията за интервенции, с които се понижава отпадналостта при онкологична болест, могат да бъдат групирани като когнитивно-поведенческа терапия (КПТ)/поведенческа терапия (ПТ), психообразователни терапии/образователни терапии и подкрепящо-експресивна терапия.<sup>5</sup> Тези групи са определени след преглед на последни мета-анализи за въздействие на интервенциите върху умората (отпадналост) следствие на онкологична болест. Поддържащата психотерапия е подходяща при пациенти с доказани его-дефицити, с нисък фрустрационен праг, затруднения при отчитане на реалността, ограничен капацитет за интроспекция, слаб контрол над импулсите.<sup>6</sup> Важно при подкрепящата психотерапия е изграждането на стабилна връзка между пациент и терапевт. Изразяването на емоциите от страна на пациента се явява съществен компонент на терапията, поради което като основни цели могат да се посочат сваляне нивата на тревожност и афективност, напрежение и фобийни преживявания, емоционална лабилност.

**Видове ППТ. Индивидуална ППТ.** Този метод стабилизира защитните и синергичните ресурси на болния, балансира външния контрол с развитие на вътрешни механизми за самоконтрол, центрира психични процеси и състояния, довели до изолация и капсу-



лиране от болестта и характера. Основни негативистични чувства са вина, срам, гняв, фрустрация; методът е особено подходящ при периоди на активното им проявление. Честотата на сесиите са от еднократно на няколко седмици (успоредно с регламентирани прегледи и назначения) до всекидневно. При контраиндицирани пациенти е препоръчително сесиите да започнат с по-обстойно диагностично интервю и при необходимост да се приложи по радикална психотерапия. Споделянето има за цел да освободи подтисканите емоции, да открие страховете и вътреличностните противоречия. Вдъхването на надежда се използва при ниска самооценка, ирационално мислене, поемане или прехвърляне на вина. Трансформирането на интересите цели оказване на помощ за самостоятелно откриване на нови и значими ценности на мястото на онези, които са изгубени с настъпване на болестта. Директивната връзка (съществува разлика при директивна връзка пациент-лекар и пациент-психолог) съдържа стабилно ръководство, което да задоволи нуждата от зависимост при пациенти със склонност към зависимост от авторитети; при този подход пациентът „чува“ само онези неща, които иска да чуе или на които има потребност да се подчини. Внушението се разглежда като пасивен рецептивен процес и потенциално създава условия на зависимост от терапевта. Убеждаването зависи от личностното ниво на резистентност по отношение на външни влияния, интелигентност, дълбочина и устойчивост на характера и ценностна система; подходът е подходящ при пациенти с натрапливи мисли; използват се и морални формулировки и съвети.<sup>4,7</sup>

**Групова ППТ.** Основава се на идеята, че в естествена среда пациентът често изпитва чувство на непълноценност, което с неправилни копинг-стратегии се стреми да преодолее чрез самообвинение, изнесена навън вина, агресивни емисии, самоизолация, докато в група се чувства приет от другите и се засилва процесът на идентификация.<sup>3,4</sup>

Помага на болния да се почувства по-защитен, по-сигурен и асоцииран в условията на споделяне и доверие. Доказано е, че поддържаща експресивна групова терапия подобрява качеството на живот (КнЖ) и психологическите симптоми, особено на настроение и контрол на болка.<sup>8,9</sup> Когнитивно-екзистенциалната групова терапия е полезна за жени с ранен стадий на карцином на гърда, на които се прилага адювантна химиотерапия.<sup>10</sup> Също така е доказано, че насочената към смисъла групова психотерапия понижава психологическия стрес при пациенти с авансирал тумор.<sup>11,12</sup> При рандомизирано контролирано изпитване на пациенти с терминална диагноза (не само тумор) е направена оценка на терапията за запазване на достойнството<sup>13</sup>; въпреки че измервания по няколко скали не показват достоверно подобрене на нива на дистрес, наблюдавани са значими подобрения по отношение на депресия и КнЖ. Изследвания за 20-месечен период доказват, че ППТ в група има отношение към преживяемост на пациенти с карцином на гърда.

**Групова дискусия.** Тя е една от основните форми за групова работа с онкологични пациенти. Представява неструктуриран или фокусиран, целенасочен разговор по психологически въпроси. По правило се провежда в позитивна атмосфера на загриженост и съчувствие и служи за получаване на емоционална подкрепа чрез изслушване и окуражаване, изразяване на съгласие и загриженост. Дискусиите с други пациенти са два вида. При дискусия в двойка между току-що диагностициран пациент и пациент в ремисия, който му дава съвети, идеята е, че последният осигурява уникален вид емоционална подкрепа, успокоява, създава комфорт чрез разбиране и емпатия, защото е преминал през същият жизнен път като настоящият. Дискусията в група (между повече от двама пациенти, поне шест) обикновено се структурира от лидери и е насочена към подобряване на приспособяването към диагнозата, подкрепяйки самооценката;

има за цел да подкрепи позитивните чувства към собствената личност и да намали усещането за лична неадекватност и загуба на контрол, което съпътства болестта. В съпоставително изследване на пациенти, които посещават групи за подкрепа, с такива, които не участват в тях, първите споделят значително повече негативен опит със специалисти от здравната сфера и повече проблеми в общуването с членове на семейството. При анализ на резултати от повече от 20 изследвания, посветени на социалното взаимодействие и поведенчески техники, повечето лица споделят подобрене в психологическото приспособяване към диагнозата. При повечето изследвания липсва конкретна теоретична основа, редица имат сериозни методологични пропуски. Преглед на статии, които анализират рехабилитационни програми за онкологични пациенти, заключава, че участието в конкретна форма на групова работа намалява стреса и помага на пациентите да се върнат към ежедневните си задължения. Програмите за групови дискусии притежават потенциал да влияят както позитивно, така и негативно върху реакциите на пациентите към болестта; могат да намалят самооценката, нивото на оптимизъм, усещането за упражняван контрол над жизнени събития или да насочват към грешен източник на емоционална подкрепа. Самооценката може да бъде наранена поради взаимоотношения на неразбиране между членове в групата. Друг факт от групова работа е, че когато се обсъжда подобрене на член от групата, това е вдъхновяващо, но когато състоянието са влошава, се изпитва страх и опасения. По време на групово дискусия пациентите са подложени на множество социални сравнения; участниците се чувстват неудобно, когато са налице негативни сравнения. Участието в групи за дискусии може да влияе негативно върху самооценката, подчертавайки принадлежност към стигматизирана група; идентификацията с групата пречи на пациента да се интегрира в общността, а участниците срещнат по-големи затруднения в получаване

на подкрепа от член от социалното си обкръжение. Емоционалната подкрепа от други пациенти обикновено е краткосрочна, тъй като програмата е ограничена във времето в сравнение с емоционалната подкрепа от членове на естественото социално обкръжение. Дългосрочната подкрепа от други пациенти може да бъде ефективна, когато е придружена с приятелски отношения. Някои от затрудненията могат да се избегнат чрез подходящо структуриран формат за групово работно и добре подготвени професионалисти. Структурата предполага: (1) наличие на подготвен професионалист, който да ръководи дискусията и да намалява хаотичността на разговорите; (2) да засилва чувството за общност и взаимно приемане, противопоставяйки ги на усещането за откъснатост, девиантност и отчужденост; (3) да потвърждава преживения сходен опит; (4) да помага за по-добро разбиране между членовете в групата и (5) предварително да очертава пътя, по който се очаква програмата да достигне своите резултати.<sup>15</sup>

**Образователни програми при ППТ.** Дидактично-тренинговите групи използват пасивното и активното усвояване на терапевтираща информация и обучение. Особено ефективно е проблемно-ориентираното обучение, което улеснява усвояването на нови умения въз основа на преживяване, експериментиране и практикуване. Образователните програми предлагат информация за тумора, лечението му и как да се приеме психологически по-лесно диагнозата. Разработена програма за овладяване на стрес от поставена диагноза включва предоставяне на информация за диагнозата, усвояване на техники за релаксация, стратегии за решаване на проблеми и физически упражнения; състои се от двучасови сесии веднъж седмично и продължава шест седмици. Консултирането се изразява и в даване на информация за позитивни здравни стратегии, напр. спазване на хранителни диети, физическо натоварване, упражнения за релаксация. Преди да стартира програмата социален работник или

психолог оценява тревожността, нивото на депресия и психологическото приспособяване към болестта. Правят се още две оценки: две седмици и шест месеца след началото на програмата. При изследване на пациенти с различен вид тумор се установява позитивно влияние на даване на информация за болестта върху психологическото приспособяване към нея. Налице са психологически ползи от образователни програми, но някои ефекти са краткосрочни и с времето изчезват. Поради своите знания и подготовка професионалистите от здравната сфера, а не други пациенти, са по-надеждни източници за информация за диагноза, протичане, лечение и странични ефекти. Според научната литература и теоретичните аргументи програмите за групова емоционална подкрепа оказват позитивно влияние. Необходимо е обаче да се използва и утвърдена методология за оценка на ефективността след приключване, насочена към подобряване на емоционалната подкрепа от членове на естествено социално обкръжение. Всяка програма се състои от шест сесии, които траят по 90 минути – по една всяка седмица. Всяка група включва около пет човека. Преди и след програмата се измерва ниво на дистрес, лична ефективност и променливи, свързани с тумора, като възприемане на собственото тяло, наличие на болка, настъпили промени във взаимоотношенията и ограничения на някои дейности. Освен това, чрез интервю терапевтите оценяват психологическата приспособимост на всеки пациент; независим експерт анализира запис и отчита наличие на проблеми в ежедневието, опасения, свързани със здравето и взаимоотношенията.<sup>15</sup>

**Техники при ППТ.** Използват се групови игри, програмни формули и органна тренировка (краен подход на Л. Хей, метод на Х. Силва, арт-терапевтични техники, музикотерапевтични техники, библиотерапия и имаготерапия (метод на И. Вольперт, при който преустройството на отношенията на личността е чрез трениране в сценично

превъплъщане). Психотерапевтичният подход използва в различна степен аналитични техники: интерпретация, конфронтация, кларификация, окуражаване, емпатийна валидизация, съветване, възнаграждаване, потвърждаване. В ППТ проявите на самостоятелност и независимост се валидизират и насърчават. Груповата ППТ може да бъде прилагана с успех, но не при всички пациенти с авансирал карцином на гърда. Включването в група трябва да стане след внимателно идентифициране на психосоциална симптоматика, фрустрационен праг, личностова типология и отражение на дистреса върху личността.<sup>15</sup> Насоките не са ориентирани към лечение на депресия или тревожност у пълнолетни пациенти преди онкологична диагноза, но вземат предвид тези рискови фактори в процеса на оценяване.<sup>14</sup> При умерени (към тежки) симптоми на дистрес се препоръчват психологически (групови) или психосоциални сесии. Възможните интервенции при ниска интензивност включват: самопомощ под индивидуално ръководство (или компютъризирана), основана на КПТ, вкл. активиране на поведението и решаване на проблеми; групов КПТ (когнитивно-поведенческа терапия) за депресия; психосоциални групови интервенции; лекарствена, ако е подходящо. Подходящи са темите за групови сесии като понижаване на стреса, положителен копинг (търсене на информация, решаване на проблеми, позитивно взаимодействие), укрепване на социалната подкрепа от приятели и близки, справяне с физически симптоми (напр. преумора, сексуална дисфункция) и промени в тялото и промяна на свързаното със здравето поведение. Индивидуални психологически сесии се препоръчват за когнитивни промени, активиране на поведението, изграждане на биоповеденчески стратегии, стратегии за образование и/или хоби, активности, развлечение. Сециалистът по психично здраве (психолог, психотерапевт, психиатър) трябва да следи ефикасността на използваните техники и методи.

**В**

- От момента на диагностициране на авансирал карцином на гърда се препоръчват подходящи психосоциални грижи, поддържащо лечение и интервенции за симптомите, като обичайна част от лечението им; подходът трябва да бъде индивидуален, съответстващ на потребностите на отделния пациент.
- При онкологични пациенти с авансирал тумор се препоръчва приложение на поддържаща психотерапия, насочена към гъвкаво задоволяване на променящите се потребности на болния.
- При туморна умора се препоръчва поддържащо-експресивна психотерапия.
- При несамостоятелни и зависими онкологични пациенти с гранични, психотични и невротични разстройства се препоръчва поддържаща психотерапия.

**С**

- Поддържаща психотерапия се препоръчва за стабилизиране на защитните и синергичните ресурси на болния, за балансиране на оказван външен контрол с механизми за вътрешен самоконтрол, за центриране на психичните процеси и състояния, довели до изолация и капсулиране вследствие от болестта и/или характера.
- При онкологични пациенти се препоръчва изследване на изградените до момента копинг-стратегии, психологически защити и компенсаторни механизми, които могат да стоят зад представата „силен човек“; препоръчва се идентифициране на социалната желателност на Аз-а и стремежа към поддържане статуквото на личността преди болестта.
- При поддържаща психотерапия се препоръчва използване на подходи и техники от психотерапевтични школи, утвърдени в страната, в които психотерапевтът е сертифициран.
- В началото на психотерапевтичния процес се препоръчва да се направи психотерапевтичен договор с пациента, да се постави рамката на терапевтичната връзка и да се изработи терапевтичен план.



- *Поддържащата психотерапия трябва се предхожда от психодиагностично интервю.*



- Сесиите в поддържащата терапия трябва да са съобразени с потребностите и личностната типология на пациента; трябва да се провеждат гъвкаво (според физическото и психическото състояние на пациента), с различна продължителност и честота (средно веднъж седмично, едновременно).
- Психотерапевтичният процес може да варира от няколко сесии до няколко години.
- Включването в група трябва да става след внимателно идентифициране на психосоциална симптоматика, фрустрационен праг, личностова типология и отражение на дистреса върху личността.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Cardoso F, Costa A, Norton L, et al. ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). *Ann Oncol* 2014; 00: 1-18
2. Маринова, П., и съавт. Палиативни грижи. Български писател, София, 2007, стр. 211-234
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
4. Христовски, Х., и съавт. Психотерапия. Поддържаща психотерапия. Медицина и физкултура, София, стр. 303-306
5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Cancer-Related Fatigue, v. 1.2014, p. 21
6. Миланова, В. Психиатрия. Медицина и физкултура, София, 2013, стр. 519-520
7. Сборник от теми, представящи новости в клиничната онкология и психология. Галатя, Плевен, 2011, стр. 30-59
8. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 1719-1726
9. Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, et al. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology* 2007; 16: 277-286
10. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, et al. Cognitive-exstential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Psychooncology* 2003; 12: 532-546
11. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, et al. Meaning-centred group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trail. *Psychooncology* 2010; 19: 21-28
12. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, et al. Pilot randomized controlled trail of individual meaning-centred psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2012. Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22370330](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22370330)
13. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet Oncol* 2011; 12: 753-762
14. Barbara L. Andersen, Robert J, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *J Clin Oncol* 2014; 32: 10-11
15. Ганева, З. Още нещо за рака на гърдата. Електра ЕООД, 2013, стр. 98-120

#### 1.2.4. Арт-терапия

*Ивайла Георгиева, Светлана Чивгънова*

Арт-терапията е начин на изразяване на конкретни емоционални или физически проблеми чрез изкуството. Има за цел да помогне на пациента да изрази себе си в една безопасна среда, използвайки художествени материали по начин, който ще има положителен ефект върху неговото личностно израстване и развитие. Методът може да бъде много полезен за хора, които чувстват неудобство при чисто вербална терапия. Арт-терапевтите смятат, че когато пациентът е креативен, това помага по време на лечението. Те вярват, че всички хора имат емоции и способности извън ежедневно ни съзнание и е възможно да се получи достъп до тях чрез различни форми на арт-терапия. От много години арт-терапията е призната като начин да се помогне на хората при справяне с психични болести.<sup>1,2</sup> Съществуват сравнително малко научни доказателства в подкрепа на това, че тя помага на хора с тумори. От друга страна обаче, много здравни специалисти смятат, че арт-терапията може да способства на онкологични пациенти в изразяването на емоции, което да доведе до подобряване на отношенията им с други хора, да им помогне да бъдат по-креативни и уверени в себе си, особено при контрол на тревожност, депресия, ниска самооценка, при вземане на решение в състояние на физическа болка или дискомфорт.<sup>1, 3, 4</sup> Арт-терапевтите работят в различен контекст като болници, хосписи и домове за възрастни хора, нуждаещи се от палиативни грижи.<sup>9</sup> Могат да практикуват в тясно сътрудничество с професионалисти по здравни грижи, лекари, медицински сестри, логопеди, психолози и психиатри. Регистрираните арт-терапевти трябва да имат висше образование по изкуство и допълнително обучение в техники за терапия. Както и при много видове допълнителна терапия, така

и при пациенти с онкологични болести, използване на арт-терапия подпомага хората да се чувстват по-добре и да бъдат по-позитивни. Този вид терапия е начин пациентите да бъдат насърчени да експресират своите погребани емоции, да се справят с мъката и с чувството на страх, тревожност или депресия и да постигнат усещането за свобода и самочувствие. Арт-терапията може да бъде безопасен начин за онкологични пациенти и техните семейства да проучат емоции, като гняв, страх и безпокойство за болестта и лечението. При някои възрастни хора и педиатрични пациенти е по-лесно да изразят трудни емоции в болезнени моменти чрез креативност, вместо да се опитват да ги обсъждат.<sup>3,5,9</sup>


**Форми на арт-терапия при онкологични пациенти.** Не е необходимо пациентите да имат опит в изкуството, за да участват или да се възползват от арт-терапия. Тя може да приема различни форми, като рисуване, живопис и скулптура, танц и творческо движение, драма и поезия, фотография, а може да бъде насочена и към оценка на картина на други пациенти или хора. Обикновено на първото посещение арт-терапевтът задава няколко въпроси за общите проблеми или болестта. Терапевтичната работата с пациента започва с изготвяне на индивидуална програма, която отговаря на конкретните нужди, проблеми и очаквания на индивида. Това включва и честотата на терапията, както и продължителността на всяка отделна сесия. Продължителността на арт-терапевтичната сесия обичайно е между 30 и 60 минути. Терапевтът може да насърчи пациента да направи някои произведения на изкуството у дома между отделните сесии или терапевтични курсове. Пациентите с онкологични болести могат да участват в редовна терапия в продължение на седмици или месеци. Някои индивиди могат да участват в групови сесии по арт-терапия. Терапевтът насърчава пациента да използва изкуството, за да проучи чувствата си, да развие повече доверие в себе си и да бъде по-

самостоятелен. Насоката в мисленето е, че това ще подобри общото благосъстояние и качество на живот. Връзката между терапевта и пациента е важна; терапевтът е отговорен за създаването на безопасно и интересно място за работа. Това може да означава, че с течение на времето пациентът ще е в състояние да изрази силни емоции, които в противен случай могат да останат “бутилирани”. Терапията може да доведе до вентилиране на някои много мощни и понякога неприятни чувства, но ако това се случи в една безопасна среда и с подкрепа на професионално обучен арт-терапевт, обикновено се счита за положителен процес.<sup>1,2</sup>

**Арт-терапия при справяне с тумори.** През 2010 г. е направен преглед на всички проучвания, които изследват арт-терапия при онкологични симптоми; включени са 12 различни проучвания. Оплакванията на пациентите включват психологически симптоми, някои физически симптоми и такива, разгледани през призмата и опита на самите участници в сесиите. Изследователите откриват, че арт-терапията дава известно подобрене в случай на дистрес, депресия, туморна умора (отпадналост), както и на общото здравословно състояние.<sup>5,8</sup> В други проучвания се посочва, че арт-терапията показва ефект за подпомагане на преживели да изразят физическите и емоционалните последици от своето противотуморно лечение. Едно проучване на ASCO разглежда ефекта на арт-терапия при хора с карцином, които имат много различни симптоми, включително болка и безпокойство<sup>10</sup>; заключението е, че в голяма част симптомите, включително туморна умора, са подобвени. В споменатия преглед от 2010 г. се отбелязват някои проучвания, които показват големи подобрения по отношение на тревож-

ност, способност за справяне и цялостно качество на живот. Изследване, публикувано през 2003 г. в *Oncology Forum* (за медицински сестри), представя анализ върху това как изкуството помага на преживели карцином на гърда да изразят чувствата, свързани с болестта и терапията<sup>3,5</sup>; заключението на изследователите е, че изкуството успява да улови най-интимни и лични психологични аспекти. В две пилотни проучвания в САЩ е проучен ефекта на арт-терапия за пациенти с трансплантация на костен мозък<sup>7</sup>; анализите докладват за някои много положителни аспекти, свързани с използването на метода. Резултати от клинично проучване, публикувано през 2005 г. за вид групова терапия, наречена *предпазливост* и основана на арт-терапия (МВАТ), показват, че този подход може да помогне на хората за контрол на туморните болести и техните симптоми и да подобри качеството на живот.

**Арт-терапия за младежи и педиатрични пациенти.** Проучване от 2001 г. разглежда използването на арт-терапия при пациенти с левкемия в детска възраст, които имат болезнени медицински манипулации, като биопсия на костен мозък или лумбална пункция. Установено е, че деца, провеждащи арт-терапия, въпреки своето затруднено физическо положение, са по-способни да сътрудничат по време на процедурите. Проект на Cochrane Review, наречен *Интервенции за подобряване на комуникацията с деца и юноши за техните тумори*, обхваща проучвания, включващи и арт-терапия, които доказват, че са необходими повече мащабни изследвания в тази област, за да се установи със сигурност колко добре работи арт-терапията като метод за подпомагане на деца и млади хора с онкохематологични болести.<sup>7</sup>

<b>B</b>	Арт-терапия се препоръчва като инструмент за медицинска и социална рехабилитация при онкологични пациенти с дистрес, депресия и туморна умора (отпадналост).
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Арт-терапия се препоръчва като форма на болнична и релаксационно-възстановителна програма в онкологични болнични центрове.</li> <li>■ Препоръчва се обучение на творци, клинични психолози, педагози, специалисти по здравни грижи в сертификационни курсове по арт-терапия.</li> <li>■ Препоръчва се изготвяне на общо ръководство по болнична арт-терапия, стандартизирано и специализирано към нуждите на онкологични пациенти, с участие на специалисти онкопсихолози и сертифицирани арт-терапевти.</li> <li>■ За отразяване на постигнати резултати и ефект от провеждана арт-терапия чрез стандартизирани методики се препоръчва изготвяне и представяне на годишни доклади от клинични онкопсихолози.</li> </ul>
<b>D</b>	Препоръчва се изготвяне на национален общ алгоритъм за целево прилагане на арт-терапия в клинични центрове, ориентирано към специфични състояния, нужди и проблеми на онкологични пациенти въз основа на доказан психосоматичен ефект от арт-мероприятия.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Арт-терапията трябва да се използва като начин, чрез който онкологични пациенти от всички възрастови групи да бъдат насърчени да експресират своите погребани емоции, да се справят с мъката и с чувството на страх, тревожност или депресия и да постигнат усещане за свобода и самочувствие.</i></li> <li>■ <i>Арт-терапията е подходяща при болезнени медицински манипулации при деца с онкологични болести.</i></li> </ul>

## ЛИТЕРАТУРА

1. The British Association of Art Therapists (BAAT) 2015. Available at: [www.baat.org](http://www.baat.org)
2. Health and care professions council (HCPC) 2015. Available at: [www.hpc-uk](http://www.hpc-uk)
3. Puetz TW, et al. Effects of creative arts therapies on psychological symptoms and quality of life in patients with cancer. *JAMA Intern Med* 2013; DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.836
4. Bradt J, Goodill S. Creative arts therapy defined. *JAMA Intern Med* 2013; DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.6145.



5. Bar-Sela G, Atid L, Danos S, et al. Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psychooncology* 2007; 16: 980-984
6. Dionne-Odom JN, et al. Benefits of early versus delayed palliative care to informal family caregivers of patients with advanced cancer: Outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2015; DOI: 10.1200/JCO.4.58.7824.
7. Non-Small Cell Lung Cancer Collaborative Group. Chemotherapy and supportive care versus supportive care alone for advanced non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 5: CD007309
8. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, et al. Interventions with family caregivers of cancer patients: Meta-analysis of randomized trials. *CA Cancer J Clin* 2010; 60: 317-339
9. Higginson IJ, Booth S. The randomized fast-track trial in palliative care: Role, utility and ethics in the evaluation of interventions in palliative care? *Palliat Med* 2011; 25: 741-747
10. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012; 30: 880-887

### 1.3. КОНТРОЛ НА ПСИХИАТРИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

#### 1.3.1. Поведение при разстройства в адаптацията и настроението

*Гергана Иванова, Вероника Иванова*

Диагнозата *тумор* е стресогенно събитие, последвано от други такива, респективно – лечение и странични ефекти от него, които често са емоционално и/или физически инвалидизиращи, причиняват негативно влияние върху редица аспекти от живота на пациента. Това налага необходимост от адаптация към широк кръг промени. Разстройства на настроението, като депресия и разстройства в адаптацията (смесени тревожнодепресивни симптоми), са чести при онкологични пациенти и могат да бъдат мъчителни и омаломощаващи, да предизвикат развитие на суицидни тенденции<sup>1-3</sup> и допълнително да усложнят антитуморното лечение и грижите за пациента. Според последни научни доклади разпространението на психичните разстройства варира от 9.8% до 38.2%.<sup>4</sup> Разпространението на депресията при онкологично и хематологично болни по диагностични критерии на МКБ, версия X, е 16.3%, на дистимия – 2.7%, на разстройства в адаптацията – 19.4%.<sup>5</sup>

**Разстройства в адаптацията.** Те са състояния на субективен дистрес, развитие на емоционални и поведенчески симптоми, които водят до нарушение на социалното функциониране. Те директно кореспондират с рискови фактори, като индивидуална предразположеност (личностни характеристики – слабост на егото, ранимост, избягващо поведение или пасивен копинг) и наличие на стресово събитие/ситуация за поява и формиране на симптоми (депресивно настроение, тревожност, безпокойство или комбинация от тях). Други рискови фактори включват незадоволителна или неподходяща информация, ниска социална подкрепа, комуникативни проблеми, редица нерешени проблеми и ниво на партньорски дистрес.<sup>6</sup> Разпространението на разстройства в адаптацията е в границите

на 11-35%. Оценката включва преглед за признаци и симптоми на разстройства в адаптацията при пациенти с тумори (смесени тревожнодепресивни симптоми) по диагностични критерии на МКБ, версия X – форма, вид и степен на проява на симптоми/синдроми, личностни характеристики, минала анамнеза, стресогенно събитие. Диагностичните критерии са следните: (1) критерий А: развитие на емоционални или поведенчески симптоми в отговор на разграничим стресор (и), настъпващи в рамките на три месеца от началото му (им); (2) критерий Б: тези симптоми или поведение са клинично значими според следните причини: (i) явно страдание, което е повече от това, което се очаква от излагане на стрес; (ii) значително влошаване на социално или професионално (академично) функциониране; (3) критерий С: смущението, свързано със стреса, не отговаря на критериите за друго ос I специфично разстройство, а не е просто обостряне на съществуващо ос I или ос II разстройство; (4) критерий Г: симптомите не представляват тежка загуба; (5) критерий Е: след като стресорът (или неговите последици) е прекратен, симптомите не продължават повече от още шест месеца. Ако смущението трае по-малко от шест месеца, е осторно, а е хронично, ако трае в продължение на шест месеца или повече. Специфични подтипове са според преобладаващите симптоми и включват: (1) с депресивно настроение; (2) с тревога; (3) със смесени тревожност и подтиснато настроение; (4) със сътресение на поведение; (5) със смесени сътресение на емоции и поведение (неуточнена).

**Индивидуално и групово консултиране и психотерапия.** Въпреки че само едно проучване е насочено конкретно към онкологични пациенти, диагностицирани само с разстройство на адаптацията, редица анализи показват ползи от психосоциални интервенции с възрастни пациенти (мета-анализ).<sup>7</sup> В тези интервенции са включени както индивидуално<sup>8</sup>, така и групово консултиране<sup>9-11</sup> и са използвани многообразни теоретични подходи. Изборът и последователността на съответните специфични интервенции (психосоци-

ални, фармакологични) за лечение на разстройства в адаптацията са в зависимост от тип, тежест и продължителност на симптомите. При леко разстройство в адаптацията се инициира психотерапия/консултиране; при умерено до тежко разстройство терапията е комбинирана (медикаментозна и психотерапия).<sup>12</sup> При онкологично болни с признаци и симптоми за разстройство в адаптацията и с данни за риск от самонараняване/нараняване на другите се препоръчва консултация с психиатър и психиатричен режим на лечение, проследяване и комуникация с първичния онкологичен екип и семейството. Специфични интервенции с доказана ефективност при разстройства в адаптацията са когнитивноповеденческа терапия, екзистенциална терапия<sup>13</sup>, при необходимост – в комбинация с антидепресивна фармакологична терапия (Табл. 1).

**Разстройства в настроението.** Имат тенденция към повторяемост; обикновено началото им е свързано със стресово събитие/ситуация и основното нарушение е промяна на афекта, съпроводен от промяна в общото равнище на активност. Определящо за депресивното разстройство е продължителността на депресивното настроение и/или загубата на удоволствие. Други симптоми включват промени в психомоторика, когнитивни и соматични проблеми (субсиндромни нарушения – когнитивни, соматични, психомоторни). Депресията по-често се среща при пациенти в напреднал стадий. До-

пълнителни рискови фактори за развитие на депресия при пациенти с тумори са анамнестични данни за депресия преди онкологичната болест, липса на социален ресурс/подкрепа, ниско ниво на оптимизъм, ниска самооценка, слаби умения за комуникация, както и анамнеза за стресови или травматични събития в живота. При онкологични пациенти с признаци и симптоми за разстройство на настроението оценката включва преглед, диагностични изследвания, модифициращи фактори, свързани с тумори, лечение, медикаменти, медицински причини, абстинентни състояния, болка, умора, безсъние, анорексия, анхедония, намален интерес към обичайни дейности, суицидни мисли, желание за смърт, промени в настроението, психосоциални и духовни опасения, способност за вземане на решения, оценка на безопасност и семейната среда.<sup>6</sup>

Разстройствата на настроението обикновено се овладяват с психотерапия със или без медикаментозно лечение (Табл. 1).<sup>14-16</sup> Неотдавнашно преразглеждане на психосоциалните грижи при тумори изчерпателно описва доказателствата за препоръчителни фармакологични и психосоциални интервенции за лечение на депресия при онкологични пациенти.<sup>17</sup> Засиленият мониторинг трябва да се приема като възможност за предотвратяване на усложнения, а психиатричното лечение и хоспитализация понякога са наложителни.

**В**

- При онкологични пациенти с признаци и симптоми за разстройство в адаптацията се препоръчва консултация с психиатър и при наличие на опасност за себе си или другите – психиатричен режим, психотерапия и медикаменти.
- При онкологични пациенти с признаци и симптоми за разстройство в настроението се препоръчва оценка, диагностични изследвания, модифициране на фактори, свързани с основната болест и лечението ѝ, и обсъждане за лечение с психотерапия и медикаменти.



- За предотвратяване на развитие на тежки психични кризи и разстройства при онкологични пациенти е наложителна ранна интервенция, насочена към психологичните аспекти на соматичната болест. За пациенти с клинично значими нива на дистрес е препоръчителна кризисна интервенция за редукция и контрол на симптомите на емоционален дистрес, кореспондиращи директно с конкретното травматично събитие (диагностициране на сериозна болест, хирургично лечение, прогресия на основната болест).
- При онкологични пациенти с признаци за разстройства на настроението и адаптацията най-ефективна е комплексната терапия с интердисциплинарен подход.
- Препоръчва се краткосрочна позитивна и пациент-ориентирана терапия.

Таблица 1. Препоръчителни интервенции с доказана ефективност при разстройства на настроението и адаптацията

Проблем	Специалист	Специфични интервенции с доказана ефективност
Депресия/афективни разстройства	Клин. психолог/психиатър	КПТ, ЕТ, антидепресанти, със или без анксиолитици, при тежки случаи – ЕКТ
Суицидни идеи	Психиатър	Оценка, идентификация и лечение на специфични стресори, вкл. болка, делир, други физически симптоми, лечение на установена депресия и тревожност
Разстройства в адаптацията	Клин. психолог/психиатър	КПТ, ЕТ, в комбинация с антидепресивна фармакологична терапия

Съкращения: КПТ – когнитивноповеденческа терапия, ЕКТ – електроконвулсивна терапия, ЕТ – екзистенциална терапия

## ЛИТЕРАТУРА

1. Miller M, Mogun H, Azrael D, et al. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4720-4724
2. Walker J, Waters RA, Murray G, et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4725-4730
3. Kendal W. Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 381-387
4. Mehnert A, Koch U, Schulz H, et al. Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients – study protocol of an epidemiological multi-center study. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 70

- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011; 12: 160-174
- Walker L, Walker M, Sharp D. Current provision of psychosocial care within palliative care. In *Psychosocial issues in palliative care*, Oxford University Press, Oxford, 2003, pp. 49-65
- Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995; 14 (2): 101-108
- Greer S, Moorey S, Baruch JD, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *BMJ* 1992; 304 (6828): 675-680
- Telch CF, Telch MJ. Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: a comparison of strategies. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54 (6): 802-808
- Penedo FJ, Dahn JR, Molton I, et al. Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. *Cancer* 2004; 100 (1): 192-200
- Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345 (24): 1719-1726
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
- Watson M, Kissane DW (Eds). *Handbook of psychotherapy in cancer care*. West Sussex: John Wiley and Sons, 2011
- Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin* 2008; 58: 214-230
- Dy SM, Lorenz KA, Naeim A, et al. Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. *J Clin Oncol* 2008; 26: 3886-3895
- Piet J, Wurtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2012; 6: 1007-1020
- Li M, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1187-1196

### 1.3.2. Поведение при тревожни разстройства

*Ивайла Георгиева, Мария Иванова*

Тревожните разстройства (ТР) представляват комплекс от различни по характер и проява психични разстройства, които се обединяват и свързват от основно емоционално състояние, възможност за едновременна поява и смесване на разнообразни симптоми. Доминиращи прояви при ТР са страх и тревожност – две понятия с близък, но не и еднакъв смисъл.<sup>1,2</sup> Страхът е емоционална реакция, която подтиква човека да търси спасение при реална опасност за здраве и живот, каквато е наличието на злокачествена болест, докато тревожността сигнализира за възможна и неясна застрашеност. Когато тревожността стане непрекъснато, непреодолимо състояние на пациента, което нарушава жизнения комфорт, тя е патологична и изисква квалифицирана помощ.<sup>2,3</sup>

**Тревожни реакции и изводими състояния при онкологични пациенти.** Тревожността може да бъде свързана и с физиологични аспекти на соматичното състояние (напр. хормон-секретиращи тумори, ефекти на някои видове лекарства, отнемане на алкохол или наркотични средства, болка или друг симптом, предизвикващ стрес физически).<sup>1,4-6,10</sup>

**Генерализирано тревожно разстройство (ГТР)** Пациентите с малигненни болести и ГТР минават през дни, изпълнени с необоснована или ексцесивна тревожност и напрежение.<sup>7,8,10</sup> Те са свърззагрижени за медицински, финансови, семейни проблеми, дори от риска за възможна загуба на работно място поради наличие на системна болест.<sup>1,9</sup> Понякога само мисълта за справяне с предстоящите дни на терапия произвежда тревожност. Анамнезата или конкретните рискови фактори за ГТР се определят при на-

личие на следните обстоятелства: (1) данни от фамилна анамнеза за тревожност, със/без предишно лечение; (2) данни за други съпътстващи психиатрични разстройства (напр. афективни разстройства); (3) употреба или злоупотреба на алкохол или наркотични вещества в миналото; (4) актуална употреба или злоупотреба на алкохол или наркотични вещества; (5) наличие на друга/и хронична/и болест/и. Наличие на ГТР се диагностицира, когато пациентът има притеснения за прекалено различни по вид и ежедневни проблеми, с давност най-малко шест месеца. Симптомите на ГТР включват: (1) тревога за ежедневни неща; (2) продължителност най-малко шест месеца; (3) невъзможност за контрол на своите постоянни притеснения; (4) знаят, че се тревожат много повече, отколкото трябва, но не могат да се отпуснат; (5) трудно им е да се концентрират; (6) лесно се стряскат; (7) имат проблеми със заспиване или продължителност на съня; (8) налице е чувство на отпадналост и умора; (9) главоболие; (10) мускулено напрежение, болки; (11) мъчително или трудно преглъщане (при отсъствие на данни за афтозен стоматит или мукозит); (12) треперене или потрепване на горни или долни крайници; (13) раздразнителност; (14) изпотяване; (15) гадене; (16) замаяност и субективно чувство на задух.<sup>1,11,12</sup> Когато състоянието е леко, онкологичните пациенти с ГТР могат да поддържат социални контакти и да запазят работа си, въпреки че избягват ситуации в резултат на увреждания или негативни странични ефекти от терапията. Онкологичните пациенти с тежка форма на ГТР може да имат затруднения дори при извършването на прости, ежедневни дейности. Ако пациентът не е психотичен, няма риск да нарани други, но в краен случай може да се наблюдава себенараняващо/суицидно поведение. Предприемат се следните мероприятия: (1) насочва се от клиниката за спешна оценка от квалифициран специалист по психично здраве/психиатър; (2) спомогане за осигуряване на безопасна среда; (3) индивидуално наблюдение; (4) ини-

циране на интервенции за понижаване на риска от нараняване на себе си и/или други (наличие на други симптоми, например психоза, тежка ажитация и объркване, делир, също могат да изискват осъществяване на спешна оценка). Генерализираното тревожно разстройство обикновено се лекува с медикаменти или когнитивно-поведенческа терапия.<sup>13-15</sup> Ретроспективно базирано кохортно проучване установява повишен риск при пациенти от мъжки пол с простатен или белодробен карцином и ГТР в сравнение с общата популация; повишеният риск може да се дължи и на физически съпътстващи симптоми, асоциирани болести или отклонения при пряко наблюдение.<sup>3</sup> Най-широко приложими скали при оценка на пациенти за (ГТР) са: (1) Generalized Anxiety Disorder, GAD-7 (7 елемента)<sup>7,8,16,17</sup>; методът е скала, попълвана от пациенти, с която се оценяват вероятни причини за ГТР; (2) Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV, GAD-Q-IV) 19.GAD-Q (9 елемента); представлява въпросник, попълван от пациента, за оценяване на симптомите на ГТР, съгласно дефиницията на DSM-IV; изследва областите на неконтролируемо притеснение, увреждане във функционирането, физически симптоми и субективен дистрес.<sup>19</sup>

*Паническо разстройство (ПР).* Може да рецидивира по време на болестта при лица с предходни панически симптоми. Характеризира се с внезапни пристъпи на ужас, обикновено с тахикардия, слабост, отпадналост или световъртеж. По време на пристъпи пациентите може да се почувстват вцепенени, да имат оплаквания от гадене, болки в гърдите или задух. Страх от собствен, необясним за пациента, физически симптом също е признак на ПР.<sup>1, 21, 23</sup> Пристъпът на паника може да настъпи по всяко време, дори по време на сън. Един пристъп обикновено продължава в рамките на 10 минути, но някои от симптомите може да продължат още дълго. Много от пациентите са просто с една атака, която може никога да не се повтори, но се запазва тенденцията за

рецидивирание. Лица, които имат повтарящи се пристъпи на паника, може да се опитват да избягват места, помещения или ситуации в болницата, при които са настъпили първоначалните пристъпи на паника. Паническо разстройство често се съпровожда с други сериозни проблеми, като депресия и зависимости; необходимо е те да бъдат третирани отделно.<sup>1</sup>

*Посттравматично стресово разстройство (ПТСР).* При онкологични пациенти то може да се развие поради стрес от диагнозата, по време на активно лечение, което отключва травматични спомени за минало страшно събитие, или след трудно понасяни агресивни терапевтични курсове. Установено е, че почти 12% от пациентите с карцином на гърда в стадий I-III имат персистиращо ПТСР.<sup>1, 13, 15, 20</sup> Пациентите с ПТСР се стряскат лесно, могат да бъдат емоционално вцепенени, да загубят интерес към нещата около тях, да бъдат раздразнителни или по-агресивни; избягват ситуации, които им напомнят за първоначалния инцидент. Симптомите обикновено започват в рамките на три месеца след травматичното събитие – диагностицирането, но понякога се появяват и впоследствие. За да се счита за стресово разстройство, симптомите трябва да имат продължителност повече от един месец. Ходът на болестта е различен: някои пациенти се възстановяват в рамките на шест месеца, други – много по-дълго, но е възможно състоянието да остане хронично – до леталния изход.<sup>1, 2, 23</sup> Стресовото разстройство често се съпровожда от депресия, злоупотреба с вещества, едно или повече тревожни разстройства. Някои видове лекарства и психотерапия са много ефективно лечение на симптомите на ПТСР.<sup>1, 22</sup>

*Фобийно разстройство.* Характеризира се със страхове в специфични ситуации, които се избягват от пациентите. Някои развиват фобии от игли, болници и кръв или от

индуцирано от химиотерапия гадене/повръщане. Последното е необходимо да се контролира в съответствие с националните и международни ръководства.<sup>1,2</sup>

*Обсесивно-компулсивно разстройство (ОКР).* Пациентите изпитват едновременно обсесии и компулсии, повтарящи се, нежелани и нахлуващи мисли, образи или импулси. Обсесии и нуждата да се преповтарят действия влошават качеството на живот и могат да обсебят пациента, ако останат нелекувани.<sup>1, 3, 5</sup> Примери за някои обсесии са: страх от допълнително заразяване (с хепатит В, С или HIV при хемотрансфузии), непрестанни съмнения, агресивни импулси, недопустими сексуални мисли, повтарящо се предупреждение или съмнение в собствената безопасност и съответно повтарящи се действия за нейното предотвратяване.<sup>2</sup> Разстройството причинява повтарящи се, натрапливи и нежелани мисли, които водят до страхове (натрапливост), най-често свързани с хигиената, телесните секрети или общото здравословно състояние. Ако се разгърне една мания, тя може да се повтори много пъти през денонощието. Разстройството може да бъде придружено от хранителни смущения, други тревожни разстройства или депресия, които допълнително да влошат соматичното състояние. Симптомите могат да идват и отзвучават леко с течение на времето, но и да се влошават до фаталния изход.<sup>1, 2</sup> Онкологични пациенти с ОКР обикновено отговарят добре на лечение с медикаменти и психотерапия. Насърчават се участие в клинични проучвания; има университети, които стимулират изследователска дейност, нови лечебни подходи и съвременни техники за пациенти с ОКР, не отговарящи на обичайна терапия.<sup>1, 20, 22</sup> *Traeger et al.* описват доказателствата за препоръчителни фармакологични и нефармакологични лечения на тревожни разстройства при онкологични пациенти.<sup>1, 21</sup>

*Оценка, лечение и проследяване на ТР при онкологични пациенти.* Оценката, диагностичните изследвания и промяната на факторите са свързани със следните обстоятелства: (1) онкологична болест; (2) терапия и симптоми на гадене/повръщане; (3) медикаменти; (4) медицински причини; (5) състояния на отнемане; (6) болка; (7) слаба концентрация; (8) безсъние; (9) тревожност или пристъпи на паника; (10) свръхбдителност; (11) страхове; (12) повишена раздразнителност. Онкологичните пациенти имат или могат да имат продължителни и интензивни тревожни състояния, породени от диагнозата, оповестяването и пред болния и близките, от терапевтичните манипулации и прогнозата; тревожни и/или депресивни реакции и състояния, вкл. ПТСР или предхождащи тревожни разстройства, например ГТР, ОКР или депресивни разстройства, с които да интерферират онкологичната болест и преживяванията във връзка с нея – често обостряйки предхождащите разстройства.<sup>11</sup> Клиницистите правят оценка на безопасност, на способност за вземане на решения от пациента и оценка на семейната и домашната среда. Препоръчва се психотерапия, а по преценка се добавя анксиолитично средство и/или антидепресант. При липса на отговор се прави нова оценка на лекарствата и обсъждане на възможност за включване на невролептици, психотерапия, подкрепа и обучение. При повторна липса на отговор се прави оценка за депресия и друга психична коморбидност.<sup>1, 21</sup>

*Проследяване, оценка и комуникация с основен онкологичен екип и семейство/обгрижващи лица.* Извършва се посредством предоставяне на устно обучение и информация плюс необходими печатни материали на пациента и близките му за следните обстоятелства: (1) нормалност на стреса и тревожността в контекста на онкологичната болест; (2) конкретни стратегии за понижаване на стреса (напр. прогресивна релаксация на мускулите); (3) източници на информационна подкрепа/ресурси (пациентска библиотека, надеждни уебсайтове); (4) наличие на услуги, свързани с



поддържащи грижи (напр. групи с ръководител професионалист, информационни лекции, доброволчески организации) за пациента и близките му в здравното заведение или в общността; (5) наличие на финансова помощ (напр. настаняване, транспорт, здравни осигуровки/платени лекарства); (6) информация за знаци и симптоми на тревожни разстройства и лечението им; (7) информация за хигиена на съня и индивидуално овладяване на преумора; (8) информация за други нелекарствени интервенции (физическа активност, хранене). Тъй като предпазливостта и склонността да се избягват предизвикващите страх обекти или действия са основни характеристики на патологията на тревожност, индивидите с такива симптоми често не използват направления или препоръки за лечение, които биха могли да им помогнат. Предвид това следва да се предприемат следните действия (веднъж месечно или докато симптомите намаляят): (1) оценка на степен на използване и придържане към направления, към индивидуални или групови психологически/психосоциални услуги, както и удовлетворение от тези услуги; (2) оценка на придържане към лекарствено лечение, опасения на пациента за нежелани реакции и удовлетворение от облекчение на симптомите, постигнато чрез лечение; (3) при необходимост – постепенно понижаване на лекарствените дози, предписани за тревожност, ако симптомите са овладени и ако основните източници на тревожност от средата на пациента вече не са налице; (4)

ако степента на придържане към лекарствения режим е ниска – оценка и съставяне на план за заобикаляне на пречките пред придържането или обсъждане на алтернативни интервенции, които са свързани с по-малко пречки; (5) след осемседмично лечение, ако симптомите не са ограничени и е налице ниско удовлетворение от лечението, въпреки високо ниво на придържане – промяна на курса на лечение (напр. добавяне на психосоциална или лекарствена интервенция, смяна на конкретно лекарство, насочване на пациента към индивидуална психотерапия, ако груповата терапия не е дала резултати).<sup>1</sup> Онкологичните пациенти имат или могат да имат продължителни и интензивни тревожни състояния, породени от диагнозата, оповестяването ѝ пред болния и близките, от терапевтичните манипулации и прогнозата; тревожни и/или депресивни реакции и състояния, вкл. ПТСР или предхождащи тревожни разстройства, например (ГТР, ОКР или депресивни разстройства, с които да интерферират онкологичната болест и преживяванията във връзка с нея – често обостряйки предхождащите разстройства).<sup>11</sup> Лечението на ТР има потенциал да понижи риска от туморни рецидиви или смърт от онкологична болест.<sup>1, 8, 15</sup> Медицинските специалисти може да не разпознават симптомите на ТР в своя натоварен график, но психиатричните болести се срещат много по-често при онкологични пациенти, отколкото при всички други хронични страдания.<sup>1, 22, 23</sup>

**С**

- При онкологични пациенти с признаци и симптоми на тревожно разстройство се препоръчва оценка, диагностични изследвания и промяна на факторите, свързани с основната болест, терапия, медикаменти, медицински причини, болка, слаба концентрация, безсъние, тревожност или пристъпи на паника, свръхбдителност, страхове, раздразнителност, оценка на безопасност, оценка на способност за вземане на решения, оценка на семейна и домашна среда.

C

- За превенция и терапевтична помощ при онкологични пациенти с ексцесивна дезорганизираща тревога или депресия се препоръчва професионална психологична подкрепа, включително организации за себеподкрепа на пациента и близките.
- При тревожни разстройства у онкологични пациенти се препоръчва психотерапия и обсъждане за добавяне на анксиолитични средства и/или антидепресанти.
- При липса на терапевтичен отговор след осемседмично лечение се препоръчва преоценка на лекарствената терапия и обсъждане за добавяне на невротлептици, психосоциална подкрепа и обучение, преоценка за депресия и друга психична коморбидност.
- При лечение на тревожни разстройства у онкологични пациенти се препоръчва извършване на оценка на степен на придържане към лекарствено лечение и към индивидуални или групови психосоциални услуги, както и оценка на удовлетвореността от тях.
- При лечение на тревожни разстройства у онкологични пациенти се препоръчва организиране и провеждане на директно обучение и информация с печатни/електронни материали, предназначени за пациента и близките.
- При терапевтичен отговор след проведено лечение на тревожни разстройства се препоръчва проследяване и комуникация с основния онкологичен екип и семейството/обгрижващите лица.



- *За оценка на тревожни разстройства се използват инструментите GAD-7 и GAD-Q-IV, които не са въведени и валидирани за практиката в България; у нас се използват инструменти, препоръчани в раздел 1.1.4.*
- *Когато тревожността стане непрекъснато, непреодолимо състояние на пациента и нарушава жизнения комфорт, тя е патологична и изисква квалифицирана помощ.*
- *Злокачествената болест, въвеждайки перспектива за смърт, може да видоизмени тревогите и страховете, като им придаде екзистенциална насоченост, а понякога да подтисне някои симптоми на тревожни разстройства (т.е. реалната опасност може да подтисне невротичните тревоги, които превръщат нереалистичните опасности в реалистични – т.нар. неврози в миналото са в голямата си част тревожни разстройства).*



■ Част от породените страхове и тревоги на онкологичните пациенти са реалистични, т.е. тези болни имат изключително реален и персистиращ повод да се страхуват и тревожат.

## ЛИТЕРАТУРА

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative care, v.1.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
3. Faller H, Schuler M, Richard M, et al. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013; 31: 782-793
4. Teunissen SC, de Graeff A, Voest EE, et al. Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliat Med* 2007; 21: 341-346
5. Ganz PA, Earle CC, Goodwin PJ. Journal of Clinical Oncology update on progress in cancer survivorship care and research. *J Clin Oncol* 2012; 30: 3655-3656
6. Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, et al. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1197-1205
7. Howell D, Keller-Olaman S, Oliver T, et al. A pan-Canadian practice guideline: Screening, assessment and care of psychosocial distress (depression, anxiety) in adults with cancer. Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, 2010. Available at: [capo.ca/pdf/ENGLISH\\_Depression\\_Anxiety\\_Guidelines\\_for\\_Posting\\_Sept.2011.pdf](http://capo.ca/pdf/ENGLISH_Depression_Anxiety_Guidelines_for_Posting_Sept.2011.pdf)
8. American Cancer Society: Cancer treatment and survivorship facts & figures 2012-2013. American Cancer Society, 2012. Available at: [www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-033876.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-033876.pdf)
9. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1092-1097
10. Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE, et al. Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behav Ther* 2002; 33: 215-233
11. Stark D, Kiely M, Smith A, et al. Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20: 3137-3148
12. Swinson RP, Antony MM, Bleau P, et al. Clinical practice guidelines management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 2006; 51 (Suppl 2): 1S-93S
13. Andersen BL, Yang HC, Farrar WB, et al. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: A randomized clinical trial. *Cancer* 2008; 113: 3450-3458
14. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011; 12: 160-174
15. Duijts SF, Faber MM, Oldenburg HS, et al. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors – A meta-analysis. *Psychooncology* 2011; 20:115-126
16. Booth K, Beaver K, Kitchener H, et al. Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment gynaecological cancer. *Patient Educ Couns* 2005; 56: 225-232

17. Miller GE, Chen E, Zhou ES. If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychol Bull* 2007; 133: 25-45
18. Chida Y, Hamer M, Wardle J, et al. Do stress related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol* 2008; 5: 466- 475
19. Wood ME, Vogel V, Ng A, et al. Second malignant neoplasms: Assessment and strategies for risk reduction. *J Clin Oncol* 2012; 30: 3734-3745
20. Lenihan DJ, Cardinale DM. Late cardiac effects of cancer treatment. *J Clin Oncol* 2012; 30: 3657-3664
21. Lustberg MB, Reinbolt RE, Shapiro CL. Bone health in adult cancer survivorship. *J Clin Oncol* 2012; 30: 3665-3674
22. Helgeson VS, Snyder P, Seltman H. Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychol* 2004; 23: 3-15
23. Kayano H, Koba S, Matsui T, Fukuoka H, Toshida T, et al. Anxiety disorder is associated with nocturnal and early morning hypertension with or without morning surge. *Circulation Journal* 2012; 76: 1670-1677

### 1.3.3. Поведение при личностови разстройства

*Димитрина Григорова, Искра Дачева*

Специфичните, смесените и другите личностови разстройства (ЛР), както и трайните промени на личността се определят като състояния, обхващащи дълбоко заложен и трайни модели на поведение, които се изразяват в ригиден начин на реагиране спрямо широк диапазон от лични и социални ситуации. Те представляват екстремни или значителни отклонения от начина, по който повечето хора от дадена култура възприемат, мислят, чувстват и най-вече се отнасят спрямо другите. Подобен стил на поведение има устойчив характер и обхваща многобройни области и аспекти на поведението и психологичното функциониране. Често пъти той е свързан със субективно преживяване на дистрес и нарушена социална адаптация. Личностовите разстройства се отличават от личностовата промяна по време и начин на поява. Личностовите разстройства са състояния, свързани с развитието, които възникват в детство или юношество и продължават в зряла възраст; не са вторични на друго психично разстройство или мозъчно заболяване, макар че могат да предхождат или да съществуват съвместно с други разстройства. За разлика от тях, личностовата промяна се придобива обикновено в зряла възраст вследствие на тежък или продължителен стрес, изключително депривационна среда, сериозно психично разстройство или тежка болест или травма.<sup>2</sup>

**Видове личностови разстройства.** Подразделят се според групиране на личностови черти, които отговарят на най-чести или подчертани поведенчески изяви на тези състояния. Подтиповете се ползват с широко признание като основни форми на личностово отклонение. При поставяне на диагноза ЛР клиницистът трябва да се съобрази с всички аспекти на личностово функциониране, въпреки че диагностичната формули-

ровка трябва да се отнася единствено до онези измерения или черти, за които е достигнат определен праг на изразеност на симптоми. Преценката трябва да се базира на възможно повече източници на информация. Разстройствата на личността могат да доведат до разместване на множество аспекти на живота на човека и да причинят страдание на другите около него. В този контекст личностовата черта е траен белег на личността, тя е най-често вид специфично поведение. Чертите са строителни единици в конструкта на личността, които сами по себе си не предполагат патология. Трайната личностова промяна се разглежда като промяна на личността у възрастен след преживян силен или прекалено продължителен стрес или след тежко психиатрично боледуване.<sup>1</sup>

**Параноидно личностово разстройство.** Основните характерови особености при тези личности са извънмерна сензитивност, обидчивост, злопаметност, отмъстителност, мнителност до степен, че изопачават и тълкуват превратно действията и изказванията на околните, дори когато не са насочени пряко към тях. Смятат себе си винаги за абсолютно прави, воюват активно, за да докажат правотата си, независимо от очевидните доказателства за обратното. Преживяват себе си за особено значими. Обикновени събития в непосредствено обкръжение обясняват като „конспиративни“, като предумишлени кроежи. Една част са склонни да водят нескончаеми дела за „възтържествуване на правдата“, пишат жалби, търсят доказателства в защита на своята кауза. По-често срещани са при мъже.<sup>2</sup>

**Шизоидно личностово разстройство.** Основни черти при тези личности са емоционалната хладност, отчужденост до степен на безразличие към другите, неспособност да се изпита радост и удоволствие, слаб интерес към насрещния пол и към сексуал-

ни контакти. Предпочитат собствения си фантазен свят пред реалния и нямат близки връзки и приятелски отношения. Безразлични са и към социалните изисквания, което ги прави гротескно ексцентрични. Оценките на околните, били те положителни или отрицателни, не ги засягат.<sup>1-3</sup>

**Диссоциално личностово разстройство.** Показват грубо безразличие към социалните изисквания и норми, към чуждото страдание и това, което изпитват другите. Не признават никакви задължения и без задържки нарушават социалните норми. Самите те са с много нисък праг на фрустрация и реагират веднага с агресия, нападение, насилие и мъст. Не са способни да изпитат разкаяние, да почувстват вина. За проявите си обвиняват другите, че са ги предизвикали. Нямат трайни приятелства. По прояви тази група е близка до описваните в миналото социопати, аморални, асоциални, антисоциални личности. Разстройството е по-често при мъже. Може да започне с асоциално поведение още в пубертета.<sup>1-3</sup>

**Емоционално нестабилни личности.** Проявяват импулсивност, необмисленост на постъпките, своеволие и капризност. Имат внезапни изблици на интензивни чувства, особено на гняв, когато срещнат противоречие и забрана. Тогава губят контрол над действията си, стават застрашаващи за околните. Към тази група се включва и т.нар. гранично ЛР; за него е характерна по-голяма интензивност и драматичност на проявените чувства, което прави носителите му близки с хистрионните и нарцисичните личности. Освен нестабилно настроение и неясна нереалистична представа за собствен Аз, разстройството включва още нестабилно отношение към околните и люшкане между свръхидеализация и девалвация към един и същ човек. Показват известна неударжимост в импулсите, склонни са към алкохолна злоупотреба, пристъпи

на булимия, каране на превозни средства с прекомерна скорост, извършват ненужни кражби. Могат да извършват и по-тежки себеразрушителни актове – самонаранявания, опити за самоубийство. Афектът бързо се мени от тревожност и депресия към гняв с възбуда и агресивност. Сексуалната им ориентация е дълбоко нарушена: амбивалентни са в сексуалните си желания. Не са способни на постоянство и труд, не могат да си изберат професия поради твърде повишени аспирации. Ценностната им система е неясна, дифузна, променлива. Преживяват се празни, изпитват непрекъснат страх, че ще бъдат изоставени, а сами отблъскват с поведението си и незачитането на другите, без да могат да го осъзнаят. При този тип ЛР страдат и самите болни, и околните. Почесто се среща при жени.<sup>1-3</sup>

**Хистрионно разстройство.** Има редица общи черти с граничното и нарцисичното ЛР. Характеризира се с неутолима жажда за внимание, одобрение и значимост, за физическа атрактивност и сексуална прелъстителност. Емоционалните реакции са със засилена демонстративност и театралност. Стремещт е по всякакъв начин да бъдат център на внимание; изискват незабавно изпълнение на желанията и не търпят фрустрация. В търсенето на ефекти правят изказвания, без да са достатъчно компетентни по въпросите, звучат повърхностно. Търсят непрестанно начини да манипулират другите в своя полза. Подобни черти имат и нарцисичните личности, като към всичко гореспоменато се прибавя и грандиозното им чувство за собствена значимост, изключителност, привилегированост във всичко, при пълна липса на съчувствие.<sup>1</sup>

**Ананкастна (обсесивно-компулсивна) личност.** Тя се отнася към тези, „които сами страдат от характеровата си абнормност”. Основната им черта е тяхната нерешителност, несигурност, която прави трудно взимането на всяко ново решение. При необ-

ходимост за действие дългата борба на *за* и *против* ги води до нарастващо вътрешно напрежение. Стремещт им към перфекционизъм във всяко отношение ги кара да повтарят всичко многократно, до най-малки детайли, забавя дейността им, прави ги непродуктивни. Извънмерната им съвестност ги кара да не са в състояние да приемат каквото и да било компромис, дори когато се налага. Педантичността им ги кара да проверяват всичко многократно. Всяка промяна приемат трудно, свойствен им е конформизмът. Социалните им контакти са ограничени, занимават се повече с анализи и „мисловно предъвкване“, което им отнема спонтанността на чувствата. Подредеността на съществуването им, чрез която намаляват напрежението си, стига до ригидност, налагана и на заобикалящите ги. Всяка необходимост за промяна се планира продължително, в най-големи детайли. Нахлуването на мисли, неприемливи за техния пурианизъм, е в конфликт с ритуалността на поведението, която носи защитен характер.<sup>1-3</sup>

**Тревожни (избягващи контакт) личности.** Основната черта е непрестанна овладяност от тревога, опасения, вътрешно напрежение. То се поддържа от присъщата им стеснителност и несигурност, с което до известна степен се доближават до ананкастите. Разликата е, че страдат от собствената си стеснителност, борят се с чувството си за малоценност, мечтаят да бъдат харесвани, да имат приятели. Към отношението на околните обаче са мнителни и поради извънмерната си възискателност за „вярност“ по най-незначителен повод се преживяват като отхвърлени. Това ограничава контактите им, тъй като стават неволно тирани спрямо тези, с които се свързват, в изискванията си за непрекъснати гаранции за безрезервна преданост. Отбягват всякакви рискове, за да намалят владеещата ги тревожност и с това ограничават начина си на живот до „изпробвано безопасни“ стратегии.<sup>1-3</sup>

**Зависими личности.** Това са слаби индивиди, които изпитват страх от поемане на всяка отговорност. Предпочитат да са в позицията на зависимост, при която други взимат решенията вместо тях. Подчинението е за тях вътрешна необходимост и са отстъпчиви и безропотни спрямо тези, под чиято зависимост се поставят. Сами изтъкват своята безпомощност, слабост и некомпетентност. Страхът да не бъдат изоставени е по-силен от всичко, тъй като това значи да зависят сами от себе си. При загуба на значимата си връзка се потапят в своята безпомощност, като прехвърлят вината и отговорността върху другите.<sup>1-3</sup>

**Трайни АР след катастрофални преживявания.** Тази група до скоро не е фигурирала в клиничните ръководства. Описваните психотравматични събития са толкова значими, че не се изисква преди това личността да се е показвала слаба и уязвима. Не е необходимо и преди това да е преминала през остро състояние, известно като посттравматично стресово разстройство. Катастрофалното преживяване цялостно пречупва личността в нейното емоционално отношение към света и хората, в нейните желания, стремежи и очаквания за бъдеще, в нейната вяра в самата себе си. Враждебност, отчужденост и непрекъснато нервно напрежение пречат на социалното вграждане. Страхът от рецидив и от бъдещо инвалидизиране, съмнението дали имат право да предприемат някои най-естествени стъпки в живота – брак, родителство, съпътствания от преживяването на емоционална оцетеност, променят личността и цялостното ѝ отношение към съществуването по начин, подобен на гореописания.<sup>4</sup>

**Поведение при АР у онкологични пациенти.** При онкологично болни е възможно да има съществуващо от по-рано АР, което да се обостри поради стрес от тумора и неговото лечение. Когато има съмнения за АР, пациентът трябва да бъде прегледан

от специалист по психично здраве, за да се направи оценка на безопасността и способността за вземане на решения. Ако е възможно, трябва да се направи промяна на евентуално лечение или други фактори, които могат да утежнят състоянието. Съвместно с медицинския екип трябва да се разработи координиран план за поведенческа и психологическа терапия и медицинско лечение, със или без медикаменти. Започва се с откриване и фиксиране на симптоми на ЛР при тумор, както и неговият тип. Следва оценка на безопасността и оценка на способността за вземане на решения. След това се разработва координиран план за поведенческо, психологическо и медицинско лечение с медицински екип (поведенческа терапия със или без лекарства). Задължително е обучение на персонала за лечение, проследяване и комуникация с основния онкологичен екип и семейството/обгрижващите лица.<sup>5</sup>

**Лечение на ЛР с когнитивно-поведенческа терапия (КПТ).** Нужно е пациентът да се “спечели” за активен съмишленик, който да изучава и подлага на изпитания своите вярвания и очаквания както в терапевтичните отношения, така и извън терапията. Вследствие проведената терапия се постига по-голяма осведоменост и разбиране за това как навиците им влияят върху живота. Поведенческата промяна води до превръщане на ЛР в личностен стил или тип личност, които са по-адаптивни и по-малко ригидни.

Терапията на емоционално нестабилна (тревожна) личност е подобна на тази при социална фобия. Тези пациенти често преустановяват лечението преди да е постигнато подобрение, тъй като не желаят да изпитват неприятни за тях чувства и усещания. Терапевтичният подход трябва да включва подкрепа, която да създаде сигурност, да му помогне да почувства разбиране и съчувствие. На по-късен етап от терапията това

отношение ще помогне на пациента да приеме предизвикателството да започне да изучава своите чувства и мисли. Терапевтът не трябва да се държи авторитарно или да принуждава пациентът към преждевременно “потопяване” в тези ситуации. Ако се постигне необходимо равновесие, терапевтичната връзка ще доведе до корекция на ранните неуспехи и провали. Необходимо е да се подобри самочувствието и себеувереността на пациента. Прилагат се следните терапевтични техники: (1) тренинг в социални умения – терапевтът и пациентът дискутират и разиграват социални ситуации, в които пациентът играе различни роли, използвайки за модели на подражание терапевта или други хора; терапевтът може да създаде йерархия на ситуацияите, съобразно степента на тяхната трудност и значимост; (2) водене на дневник, в който пациентът да записва своите мисли, действия и реакции; след това терапевтът му помага да открие и анализира ирационалните си страхове от отхвърляне от околните и да ги преосмисли по реалистичен начин; пред пациента се подчертава фактът, че в действителност той често не забелязва как го възприемат другите, тъй като е погълнат изцяло от предполагаемите си недостатъци. Вследствие на успешно проведена терапия ЛР *тревожна личност* би могло да премине в тревожен (избягващ) личностен стил, изразяващ се в дискретност, резервираност, чувствителност към чуждо мнение и стремеж към общуване с тесен приятелски кръг.<sup>6</sup>

Пациентите със зависима личност могат да се опитат да убедят терапевта той да ги насочва как да ръководят собствения си живот. Понякога е възможно да продължават терапията само за да не загубят контакта с терапевта. Необходими е дълго време, за да да бъде готов да се изправи срещу своята тревожност и да приеме предизвикателството за промяна. Прилагат се терапевтична техника, наречена *диалектика на Сократ* – форма на водене на беседа, разсъждение, градивен спор, прилагани от терапевта; помага на па-



циента да се изправи срещу проблемите си; например подчертава се фактът, че противоположното понятие на *подчинение* не е *контрол върху другите*, а *независимост*. След края на терапията ЛР *зависима личност* би могло да премине в зависим личностен стил, при който човекът е образован, приятен, замислен, уважава мнението на авторитетите и на околните, силно свързан с приятели, партньор, семейство, с предпочитание към подчинена роля в груповата дейност, отколкото към самостоятелна работа.

При лечение на компулсивно-обсесивна личност (ананкастно ЛР) се наблюдава силна съпротива към промяна, която затруднява третирането. Пациентите обикновено търсят облекчение на симптомите си (тревожност, депресия, внезапна умора, изблици на гняв), но избягват да се задълбочават в самонаблюдение. Нуждаят се от време, за да се убедят в компетентността на терапевта и да сключат с него терапевтичен договор. Съществува опасност от възникването на “борба за контрол” над терапевтичния процес, спор относно това чия е правилната позиция. Важно е пациентът да успее да

се концентрира върху изразяването на чувствата, а не върху “интелектуализации” за тяхната същност; за него е трудно да превърне интелектуалния инсайт в емоционален. Обикновено предпочита да обсъжда далечното минало, а не настоящите преживявания; търсенето на травматични явления в миналото обаче може да повиши нивото му на обесивност. Терапевтът трябва да насърчава към поемане на рискове и вземане на решения и да покаже на пациента, че неговата нужда от сигурност възпрепятства необходимата поведенческа промяна. Прилагат се следните терапевтични техники: (1) водене на дневник; (2) степенуване на приоритети; (3) техники за разрешаване на проблеми; (4) десенсибилизация за предизвикващи тревожност ситуации; (5) ролева игра. Терапевтичната промяна след приключване на лечението се изразява в преминаване на ананкастното личностово разстройство в обесивно-компулсивен (ананкастен) личностен стил, който притежава характеристики на внимателност, подреденост, икономичност, съобразяване с моралните принципи, гордост от добре свършената работа, внимателно обмисляне на алтернативи преди вземане на решение.<sup>7</sup>

С

- Препоръчително е основният онкологичен екип съвместно със специалист по психично здраве да разработят координиран план за поведение при личностови разстройства у онкологични пациенти – психотерапия и медицинско лечение със или без медикаменти.
- При онкологични пациенти със съмнения за личностово разстройство се препоръчва насочване за преглед от специалист по психично здраве (психолог, психиатър, психотерапевт) за оценка на безопасността и способността за вземане на решения.
- При онкологични пациенти с тревожно личностово разстройство се препоръчва психотерапия с тренинг на социални умения и водене на дневник.
- При онкологични пациенти с личностово разстройство от типа *зависима личност* се препоръчва психотерапевтична техника *диалектика на Сократ*.
- При онкологични пациенти с компулсивно-обсесивно личностово разстройство се препоръчва психотерапия с водене на дневник, степенуване на приоритети, техники за разрешаване на проблеми, десенсибилизация за ситуации, предизвикващи тревожност, или ролева игра.



- Чрез терапия на личностови разстройства у онкологични пациенти се постига по-голяма осведоменост и разбиране от тяхна страна за това как техните навици влияят върху живота им.
- Поведенческата промяна след терапия на онкологични пациенти води до превръщане на личностовото разстройство в личностен стил или в тип личност, която е по-адаптивна и по-малко ригидна.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Kroessler D. Personality disorders in elderly. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41 (65): 1325-1348
2. Meissner WW. The paranoid process. J. Aronson, 1978; Sec. ed. *Psychotherapy and the paranoid process*, J. Aronson, 1986; 46-65
3. Fogelson DL, Nuechterlein KH, Asarnow RF, et al. Avoidant personality disorder is a separable schizophrenia-spectrum personality disorder even when controlling for the presence of paranoid and schizotypal personality disorders The UCLA family study. *Research Gate* 2007; 10 (28): 31-37
4. Matsui M, Sumiyoshi T, Kato K, et al. Neuropsychological profile in patients with schizotypal personality disorder or schizophrenia. *Psychological Reports* 2004; 94 (2): 387-397
5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative care, v.1.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
6. Dozois DJA, Beak AT. Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In: Risk factors emotional disorders. Edited by Dobson K.S., Dozois DJA. Oxford, UK, Elsevier (In press) 18-44
7. Beak AT. Cognitive therapy and emotional disorders. New York, 1977, 89-115

### 1.3.4. Поведение при деменция и делир

*Елена Атанасова, Гергана Иванова*

**Деменция.** Дефинира се като синдром с трайно (постоянно) когнитивно увреждане, появяващо се при ясно съзнание, достатъчно значимо по степен, за да наруши ежедневните дейности на болните. Засегнати функции са интелект, способност за заучаване, памет, лингвистични възможности, способност за справяне с проблеми, ориентация, нарушение в сетивата, вниманието и концентрацията, нарушение във възможността за преценка, нарушено социално функциониране. Заболеваемостта нараства с възрастта, като се удвоява на всеки 5 години след 60-годишна възраст. Деменцията не е често срещано усложнение при лечение на злокачествени болести, но в голяма степен присъства при пациенти в напреднала възраст като съпътстваща болест.<sup>1</sup> Връзката между деменция и тумори е сложна; предполага се, че болестта на *Alzheimer* и *Parkinson* намаляват риска за някои видове тумори, но болестта на *Parkinson* пък е рисков фактор за други ракови болести. И за двете нозологии напредналата възраст, тютюнопушенето, хроничните възпаления, диабетът и затлъстяването имат утежняваща роля.<sup>2</sup> Влиянието на деменцията върху преживяемостта след поставена онкологична диагноза дава възможност за подобряване на обгрижването на онкоболните. Дементно заболяване, предшестващо онкологична диагноза, не е причина за повишаване на смъртността.<sup>1</sup> Диагнозата на диментния синдром е изключително клинична; особено важна роля играят подробните анамнестични данни и невропсихологично изследване.

**Поведение при деменция.** Според препоръките на NCCN при наличие на признаци и симптоми за деменция при онкологични пациенти първоначално е необходимо

да се извърши оценка на неврологичното и психическото им състояние. Диагностицирането се подпомага чрез използване на невропсихологични тестове. При липса на увреждания се извършва оценка за депресия; ако симптомите не покриват изискванията за депресия, се продължава с активно наблюдение; при данни за депресия поведението е като при разстройство на настроението. При констатиране на увреждания се извършва оценка за делир/деменция, оценка на безопасността и оценка на капацитет за вземане на решения. При наличие на данни за деменция се препоръчва следният алгоритъм: (1) оценка, диагностични изследвания и изменение на фактора, свързан с тумор, лечение, лекарства, медицински причини, нива на абстиненция, болка, умора, нарушение на съня, когнитивно нарушение и други симптоми; (2) оценка на безопасност; (3) оценка на семейни ресурси. Лечението се извършва чрез когнитивна терапия и медикаменти. При липса на отговор се извършва преоценка, обмислят се грижи за безопасност на пациента, оценява се капацитетът за вземане на решения или се обмисля алтернативно ниво на грижи. След извършване на горепосочените действия и при положителен отговор към лечението се продължава с проследяване и комуникация с основния онкологичен екип и семейството, полагащо грижи.<sup>3</sup>

**Делир.** Това е най-често невропсихиатрично усложнение при пациенти с онкологични болести, което се свързва с повишена заболеваемост и смъртност. Води до значителни разходи за здравеопазване, продължителен болничен престой, дългосрочен когнитивен упадък на пациентите и повишеното ниво на дистрес.<sup>4,5</sup> Наличието му може да попречи за разпознаването и контрол на физически и психологически симптоми, например на болка.<sup>6</sup> Разпространението на делир варира от 10% до 30% при хоспита-

лизиращи болни и до 85% при неизлечимо болни пациенти с тумори.<sup>8</sup> Характеризира с внезапно начало на смущения на съзнанието (т.е. възбуда), вниманието, познанието и възприятието, които се променят в течение на деня.<sup>8</sup> Клиничните характеристики са многобройни и включват разнообразие от невропсихиатрични симптоми, които са общи и за други психични разстройства, като депресия, когнитивни смущения и психотични симптоми. Причинява се от значително физиологично нарушение, обикновено включващо множество медицински етиологични причини, вкл. инфекции, органна недостатъчност и нежелани ефекти от медикаменти.<sup>10,11</sup> При пациенти с тумори делир могат да причинят или преките последици от неоплазмата върху централна нервна система (например метастатични мозъчни лезии), или косвени въздействия в резултат на лечение (напр. лекарства, електролитен дисбаланс, дехидратация, тежка органна недостатъчност, инфекции, съдови усложнения, паранеопластични синдроми).<sup>8-12</sup> Химиотерапевтични и имунотерапевтични агенти (*vincristine*, кортикостероиди, *interferon*) и лекарства, използвани при поддържаща терапия (опиати, антиеметици, бензодиазепини), могат да ускорят развитието на делир.<sup>8-12</sup> Използването на опиати и познатите чернодробни и бъбречни увреждания са основни рискови фактори за делир при напреднал стадий и при индивиди, подложени на трансплантация на хематопоетични стволови клетки.<sup>9, 10</sup> Разнообразните физиологични смущения се превръщат в обща клинична изява, водеща до дисфункция в крайния общ механизъм, включващ префронтална кора, задна париетална кора, антеромидален таламус, с дисбаланс на невротрансмитерите ацетилхолин и допамин.<sup>13-15</sup> За оценка на делир се използват няколко инструмента: Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)<sup>17</sup>, Delirium Rating Scale – ревизия 98 (DRS-R-98)<sup>18</sup> и Confusion Assessment Method (CAM)<sup>19</sup>. И трите са валидирани за пациенти с тумори и

се използват, за да се максимализира диагностичната точност и да се оцени степента на тежест.<sup>17-20</sup> При феноменологични проучвания е установено, че най-чест симптом са когнитивните нарушения.<sup>21</sup> Въз основа на поведение и психомоторна възбуда се дефинират три клинични подтипа на делир: хиперактивен, хипоактивен и смесен (съчетаващ първите два и характеризиращ се с променливи характеристики на всеки от тях).<sup>22</sup> Според систематичен обзор хипоактивният делир е най-разпространеният подвид сред пациенти, получаващи палиативни грижи, и това състояние често остава недиагностицирано поради начина си на проявление.<sup>9</sup> Дължи се на хипоксия, метаболитни нарушения или чернодробна енцефалопатия, докато хиперактивният корелира с реакции на отнемане на алкохол и наркотици, наркотична интоксикация или нежелани лекарствени ефекти.<sup>22</sup> Хипоактивният подтип се свързва с по-висок риск от смърт.<sup>18, 22</sup>

**Поведение при делир.** Според NCCN<sup>3</sup> при наличие на признаци и симптоми за делир при онкологични пациенти първоначално е необходимо да се извърши: (1) оценка, диагностични изследвания и изменение на фактора, свързан с тумор, лечение, лекарства, медицински причини, нива на абстиненция, болка, умора, нарушения на съня, когнитивни нарушения и други симптоми; (2) оценка на безопасност; (3) оценка на семейни ресурси.

Стандартният подход за лечение включва търсене и корекция на основните причини за възникване на делир, оценка на потенциално обратими причини за неговото възникване<sup>12, 24</sup> и управление на симптомите (с помощта на лекарствени и нелекарствени стратегии)<sup>12</sup>. Необходимо е лекуващият да получи подробна анамнеза от семейството и служителите за първоначалното психично състояние на пациента и да провери текущото променливо състояние.<sup>12</sup> Важно е да се потърси информация за употреба на

алкохол и други вредни вещества при хоспитализирани пациенти с тумори, за да се разпознаят специфичните нарушения и други симптоми на абстиненция и да се назначи подходящо лечение.<sup>8,12</sup> Лекарства, които могат да доведат до делир (опиоидни аналгетици, бензодиазепини и антихолинергични), е необходимо да се преразгледат при пациенти в напреднала възраст и при неизлечимо болни.<sup>8, 12, 24, 25</sup> Предразполагащите рискови фактори трябва да бъдат разгледани в подробности, вкл. възраст, физическа слабост, множествена коморбидност, деменция, прием в болница с инфекция или дехидратация, увреждане на зрение, глухота, бъбречно увреждане, недохранване и прием на много медикаменти.<sup>4</sup> Някои лабораторни изследвания биха дали възможност за оценка на вероятна роля на метаболитни нарушения, като хиперкалциемия и други проблеми (хипоксия или дисеминирана интравасална коагулация).<sup>8, 12, 24</sup> В някои случаи може да бъде подходящо провеждане на ЕЕГ (за да се изключат гърчове), образно изследване на мозък (за изключване на мозъчни метастази, вътречерепно кървене или исхемия) или лумбална пункция (за отхвърляне на лептоменингеална карциноматоза или менингит).<sup>8,12</sup>

Симптоматичното лечение на делир трябва да започне преди или съвместно с диагностичната оценка на етиологията.<sup>8,12</sup> Цел на грижите при неизлечимо болни могат да се пренасочат към осигуряване на комфорт чрез разумно използване на успокоителни, дори и за сметка на бдителността.<sup>8</sup> Основни класове лекарства за лечение и профилактика на делир са антипсихотици, холинестеразни инхибитори и алфа-2-агонисти. Лечението с психотропни вещества често е необходимо за контрол на симптоми при пациенти с онкологични болести. Препоръките, основани на доказателства, подкрепят употреба на антипсихотични средства за лечение на симптоми на делир (възбуда, нарушения на цикъла бодърстване/сън, налудности, халюцинации),

като внимателно се следи за възможни нежелани реакции, особено при пациенти в напреднала възраст с множествена коморбидност.<sup>12</sup> Най-голям клиничен опит е натрупан за *haloperidol*<sup>26,27</sup> и използването му в ниски дози се считат за добър стандарт при лечение на делир.<sup>28, 29</sup> Съществуват доказателства за ефективност и на други антипсихотици (*risperidone* и *olanzapine*).<sup>26</sup> Няма убедителни доказателства за използване на антипсихотици за превенция на делир при пациенти с тумори.<sup>7</sup> Използването на психостимуланти при хипоактивен делир в терминален стадий все още се коментира; поради липса на рандомизирани проучвания в момента те не могат да се препоръчат. При онкологични пациенти няма доказателства за използване на инхибитори на холинестеразата за превенция и лечение на делир.<sup>7</sup> Един от най-интересните нови методи за управлението на делир е профилактична употреба на антипсихотици, алфа-2-агонисти и *melatonin*; доказателствата показват някои обещаващи резултати за *risperidone*, *olanzapine* и *melatonin* в неонкологични извадки.<sup>7</sup> Данните за използване на *dexmedetomidine* за профилактика са смесени и се ограничават само до пациенти в интензивни отделения; в момента липсват доказателства за използване при пациенти с тумори.

Въпреки че не могат да бъдат ефективни при контролиране на симптоми на делир, използването на нелекарствени интервенции при пациенти с тумори се препоръчва, когато е възможно: (1) преглед на лекарствения списък, за да се избегне ненужен прием на лекарства; (2) контрол на болка; (3) насърчаване на съня и добра хигиена на сън; (4) проследяване за дехидратация и водноелектролитни нарушения; (5) мониторинг на сензорни дефицити; (6) мониторинг на храненето; (7) мониторинг на функционирането на черва и пикочен мехур; (8) избягване на неподвижност (минимизиране използването на катетри, венозни системи и физически ограни-

чения); (9) често преориентиране на пациента; (10) поставяне на ориентиращи табели, часовник или познати обекти в пациентската стая; (11) насърчаване на умствено-стимулиращи занимания. Не са известни рискове, свързани с тяхното прилагане. При отговор на лечението се предприемат мерки за проследяване на състоянието и комуникация с основния онкологичен екип и семейството,

полагашо грижи. При липса на отговор се препоръчва: (1) продължаване на приема на медикаменти (повишаване на дозата), на поддръжка от семейството, обучение за полагане на грижи за пациента, осигуряване на безопасност на болния; (2) оценка на капацитета за вземане на решения; (3) повторна оценка на причините за делир.

**C**

- За диагноза на деменция при онкологични пациенти се препоръчва използване на клинични данни – анамнеза и невропсихологични изследвания.
- За лечебен контрол на деменция при онкологични пациенти се препоръчва когнитивна рехабилитация и управление на поведението.
- За оценка на делир при онкологични пациенти се препоръчва използването на Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), Delirium Rating Scale – ревизия 98 (DRS-R-98) и Confusion Assessment Method (CAM).
- За медикаментозен контрол на делир при онкологични пациенти се препоръчват антипсихотични средства (*haloperidol*).
- Не се препоръчва приложение на антипсихотични лекарства за превенция на делир при онкологични пациенти.



- *Психологичните и невропсихологични тестове за диагноза на деменция са стандартизирани и чрез тях се идентифицира когнитивният дефицит в момента на изследване, разграничава се депресия от деменция, определят се характеристиките на протичане на болестта и се оценява ефекта от проведено лечение.*
- *За оценка на деменция се използват следните методики: (а) WAIS, RAVEN и MMSE – изследване на обща интелигентност (за определяне на ниво на умствено развитие или преморбидно ниво, или за наличие на деменция при органично мозъчно разстройство); (б) WCST – изследване на абстрактно мислене/разсъждения, решаване на проблеми, формиране на понятия; (в) Wechsler Memory Scale, Benton-Test, Digit Span, тест на Лурия – изследване на памет, ориентация и заучаване; (г) Digit-Span Test, Symbol-Test, Trail Making-Test, Stroop-Test, коректурни проби, аритметични задачи – внимание и концентрация.*



- Целта и задачите във всеки индивидуален случай се обсъждат в терапевтичен екип; цел на диагностичната работа е изработване на формулировка на случая, която включва преценка за: (а) ниво на когнитивни, личностови и поведенчески особености и ниво на социално функциониране на пациента; (б) потребности на пациента от психологична и социална помощ и психологични програми, в които може да бъде включен; (в) потребности от подпомагане на семейството или близкото обкръжение и програми за психологична работа, в които могат да бъдат включени.
- Продължителността на една сесия е 1-1.5 часа; цялото изследване може да продължи 2-3 сесии в зависимост от целта и състоянието на пациента.
- Анализът на резултатите и оформянето на заключения се изготвят след края на изследването и се описват в болничната документация или на отделна бланка; задължителен момент е личната обратна връзка и обсъждане с лекуващия лекар и/или терапевтичния екип на отделението.
- Медикаментозното лечение се назначава, провежда и проследява от лекар-психиатър.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Raji MA, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS. Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer: implications for cancer care. *Arch Intern Med* 2008; 168 (18): 2033-2040
2. Ganguli M. Cancer and Dementia: It's Complicated. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2015; 29 (2): 177-182
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: www.nccn.org
4. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006; 354: 1157-1165
5. Witlox J, Kalisvaart KJ, de Jonghe JE, et al. Cerebrospinal fluid  $\beta$ -amyloid and tau are not associated with risk of delirium: A prospective cohort study in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 1260-1267
6. Bruera E, Fainsinger RL, Miller MJ, et al. The assessment of pain intensity in patients with cognitive failure: A preliminary report. *J Pain Symptom Manage* 1992; 7: 267-270
7. Breitbart W, Alici Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30 (11): 1206-1214
8. Breitbart W, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him." *JAMA* 2008; 300: 2898-2910
9. Fann JR, Roth-Roemer S, Burington BE, et al. Delirium in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer* 2002; 95: 1971-1981
10. Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, et al. Psychoactive medications and risk of delirium in hospitalized cancer patients. *J Clin Oncol* 2005; 23: 6712-6718
11. Spiller JA, Keen JC. Hypoactive delirium: Assessing the extent of the problem for inpatient specialist palliative care. *Palliat Med* 2006; 20: 17-23
12. Practice guideline for the treatment of patients with delirium: American Psychiatric Association. *J Psychiatry* 1999; 156: 1-20

13. Trzepacz PT, Scwabassi RJ, Van Thiel DH. Delirium: A subcortical phenomenon? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1989; 1: 283-290
14. Trzepacz PT. Is there a final common neural pathway in delirium? Focus on acetylcholine and dopamine. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2000; 5: 132-148
15. Maldonado JR. Pathoetiological model of delirium: A comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Crit Care Clin* 2008; 24: 789-856
16. Boettger S, Breitbart W. Phenomenology of the subtypes of delirium: Phenomenological differences between hyperactive and hypoactive delirium. *Palliat Support Care* 2011; 9: 129-135
17. Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, et al. The Memorial Delirium Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13: 128-137
18. Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, et al. Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: Comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001; 13: 229-242
19. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion: The confusion assessment method – A new method for the detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990; 113: 941-948
20. Smith MJ, Breitbart WS, Platt MM. A critique of instruments and methods to detect, diagnose, and rate delirium. *J Pain Symptom Manage* 1994; 10: 35-77
21. Meagher DJ, Moran M, Raju B, et al. Motor symptoms in 100 patients with delirium versus control subjects: Comparison of subtyping methods. *Psychosomatics* 2008; 49: 300-308
22. Stagno D, Gibson C, Breitbart W. The delirium subtypes: A review of prevalence, phenomenology, pathophysiology, and treatment response. *Palliat Support Care* 2004; 2: 171-179
23. Boettger S, Friedlander M, Breitbart W, et al. Aripiprazole and haloperidol in the treatment of delirium. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45: 477-482
24. National Comprehensive Cancer Network Distress Management Panel Members. National Comprehensive Cancer Network (v. 1.2011) distress management – iNCCN practice guidelines in oncology. Available at: [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/distress.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf).
25. Agar M, Currow D, Plummer J, et al. Changes in anticholinergic load from regular prescribed medications in palliative care as death approaches. *Palliat Med* 2009; 23: 257-265
26. Loneragan E, Britton AM, Luxenberg J, et al. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 2: CD005594; Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443602](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443602)
27. Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for delirium in terminally ill patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2: CD004770; Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106261](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106261)
28. Han CS, Kim YK. A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. *Psychosomatics* 2004; 45: 297-301
29. Hu H, Deng W, Yang H. A prospective random control study: Comparison of olanzapine and haloperidol in senile delirium. *Chongqing Med J* 2004; 8: 1234-1237
30. Наредба № 24/7. VII. 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“. ДВ. бр.78 от 7 септември 2004 г.; изм. ДВ. бр.69 от 3 септември 2010 г.; изм. ДВ. бр.92 от 23 ноември 2010 г.



### 1.3.5. Поведение при психотични разстройства и шизофрения

*Елена Атанасова, Вероника Иванова*

**Шизофрения и психотични разстройства.** Шизофренията е болест с неясна етиология, чието протичане често е хронично-рецидивиращо. Засяга 1% от населението без съществена разлика между половете. Диагностичните критерии са отразени в МКБ – 10 ревизия: F20-29. Поради висок риск от социална дезадаптация (инвалидизация, авто- и хетероагресия), произтичаща от дезорганизиращата същност на болестните прояви, шизофренията се нуждае от сложна система за обгрижване, надхвърляща медицинските възможности. Психотичните разстройства включват халюцинации, налудности и/или нарушения в мисленето и възприятията. Пациенти с рекурентни психотични епизоди, имащи шизофрения, могат да имат психотично разстройство. Психотично разстройство и шизофрения, от една страна, могат да съществуват като съпътстващи болести при пациенти с тумори и, от друга, могат да бъдат причинени или изострени от онкологичната болест и свързаните с нея стрес и лечение. Психоза може да възникне в резултат на прием на стероиди и по-специално – на тяхното спиране, като е възможно да бъде овладяна чрез коригиране на дозата или смяна на стероидния избор.<sup>1,2</sup> Химиотерапевтици от групата на винка-алкалоиди могат да предизвикват халюцинации, а лечението с опиоиди да създаде проблеми при психиатрично болни с тумор. При поставяне на онкологична диагноза на пациенти с тежки психични болести е необходимо да се координират действията между екипите, доставящи здравни грижи, в психиатричното и онкологично здравно заведение.<sup>3</sup> Въпросите за продължаване на приема на психотропни медикаменти, необходимостта от спирането им заради хирургия или химиотерапия или за рестартирането им са важни проблеми в общите грижи.


**Неравенство на здравните грижи при психотични разстройства и шизофрения.** Индивиди с тежки психични заболявания, вкл. шизофрения, са уязвима популация, която често се пренебрегва при различни здравни изследвания. През ХХ век се появиха публикации, че хората с шизофрения в по-малка степен се разболяват от тумори<sup>4-5, 6-10</sup>, но онкологичната смъртността е по-висока при хора с шизофрения, съпоставено с общата популация. Това се дължи на: (1) неравенство по отношение на предоставени грижи<sup>11, 12</sup>; (2) поведения, предразполагащи индивидуално до повишен риск в тази популация<sup>4, 5, 11, 13</sup>; (3) различия в онкологичния скрининг<sup>11, 13-15</sup>; (4) диагностициране в напреднал стадий<sup>14, 16</sup>; (5) специфика при третиране (отказ от лечение поради неразбиране естеството на болестта)<sup>14, 16, 17</sup> и др. Въпреки повишената смъртност от тумори при пациенти с психични болести, проучванията, които оценяват различията в лечението на тумора и неговото въздействие върху процента на оцеляване сред психично болни<sup>12, 18, 19</sup>, са оскъдни. Пациенти с шизофрения, диагностицирани с карцином на гърда, често не разбират естеството на болестта и това затруднява провеждането на адювантна химиотерапия и лъчелечение.<sup>17, 18</sup> Поради тези причини първоначалната радикална хирургия без лъчелечение е за предпочитане<sup>18</sup>, но това влошава прогнозата за оцеляване. При сравняване на вида на лечение и степента на преживяемост сред пациенти с карцином на устна кухина, със и без психични болести, резултатите показват, че психотичните онкологично болни са по-малко склонни да се подложат на операция, със или без адювантна терапия.<sup>19</sup> Наблюдателно кохортно проучване анализира неравенствата на полагани грижи при възрастни пациенти с шизофрения и белодробен карцином и установява по-високи нива на онкологична смъртност.<sup>12</sup> Независимо от предизвикателствата към лекуващия екип, паци-

ентите с тумори и шизофрения трябва да получават адекватна медицинска грижа, равнопоставена с останалите пациенти. При изследване на пациенти с шизофрения и белодробен карцином следоперативните резултати са задоволителни.<sup>20</sup> Кохортно проучване в САЩ потвърждава, че шизофренията не влияе неблагоприятно върху стандартното лечение на жени с карцином на гърда и то трябва да се предлага без дискриминация, включително и включване в клинични проучвания.<sup>21</sup> За предоставянето на здравни грижи, насърчаване на оцеляването и повишаване качеството на живот на пациенти с шизофрения, диагностицирани с онкологични болести, е необходимо тясно сътрудничество между онкологични и психиатрични здравни екипи.<sup>11, 12-14, 17</sup>

**Поведение при шизофрения и психотични разстройства.** Според препоръките на NCCN първоначално е необходимо да се извърши оценка за признаци и симптоми за психотичен епизод чрез: (1) получаване на анамнеза за психоза/шизофрения/афективна психоза; (2) получаване на анамнеза за употреба на кортикостероиди и (3) разглеждане на неврологичното и психичното състояние на пациента. При отсъствие на признаци и анамнеза за психоза се предприемат мерки за проследяване на състоянието и комуникация с основния онкологичен екип и семейството, полагащо грижи. При поява на психотичен епизод при онкологичен пациент трябва да се изключат някои диференциални диагнози; при наличие на анамнеза за психоза и психотични епизоди, анализирайки психичния статус (особено халюцинации/илюзии/разстройство на мисленето), следва да се обмисли: (1) делир; (2) стероид-индуцирани психози; (3) нарушения, свързани със злоупотреба или отнемане на наркотични вещества; (4) нова диагноза или рецидив на психотично раз-

стройство; (5) разстройство на настроението; (6) деменция; (7) акаazia от антипсихотици или антиеметици. Препоръчва се извършване на следните три оценки: (1) на безопасност, (2) на капацитет за вземане на решения и (3) на семейство и домашна среда.

Когато се диагностицира психотично разстройство или шизофрения, могат да се разглеждат няколко лечебни интервенции: (1) антипсихотични лекарства; (2) лекарства за лечение на настроението; (3) прехвърляне в психиатрична болница или (4) електроконвулсивна терапия (ЕКТ) за психотична депресия/мания или кататония.<sup>3</sup> При ЕКТ през мозъка по контролиран начин преминават електрически потоци, предизвикващи кратко изземване. При резистентни случаи ЕКТ е ефективен метод за лечение на психотична депресия, мания, кататония и други психиатрични разстройства.<sup>22-26</sup> Въпреки че използването на ЕКТ при тумори не е добре проучено, няколко изследвания показват, че тя може да бъде безопасна и ефективна.<sup>27-31</sup> При провеждане на ЕКТ е необходимо прилагане на миорелаксанти и анестетици в съответствие със стандартните изисквания за процедурата. За оценка на ефективността на лечението се използват редица скали, които изискват предварително обучение и сертифициране; сред тях популярни са CGI, BPRS, PANSS, SANS и SAPS.<sup>32</sup> При липса на отговор от проведеното лечение се извършва преоценка, завишава се вниманието за безопасност на пациента, поддържа се комуникация с екипа, извършващ психиатрично обслужване и се обмислят всички нива на грижа. При положителен ефект от провежданото лечение се продължава с алгоритъма на лечение на онкологичната болест и се поддържа комуникация с първичния онкологичен екип, семейство/болногледач.

<b>В</b>	<p>При пациенти с шизофрения и карцином на гърда се препоръчва планиране на стандартно антитуморно лечение без дискриминация, както и включване в клинични проучвания.</p>
<b>С</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ При онкологични пациенти с анамнеза за психоза/шизофрения/афективна психоза се препоръчва задължителна първоначална оценка за признаци и симптоми за психотичен епизод.</li> <li>■ При онкологични пациенти с анамнеза за психоза/шизофрения/афективна психоза се препоръчва оценка на безопасност, на капацитет за вземане на решения и на семейна среда.</li> <li>■ За лечебен контрол на психоза/шизофрения/афективна психоза при онкологични пациенти се препоръчват антипсихотични лекарства и/или електроконвулсивна терапия.</li> <li>■ При онкологични пациенти със шизофрения се препоръчва семейна терапия и обучение с цел снижение на негативните ефекти на семейния живот, редукция на тежестта на симптомите и превенция на рецидиви.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>При онкологично лечение на психиатричен пациент трябва да се зачитат човешките и гражданските му права и установяването на рискови тенденции не го поставя в неравностойно положение спрямо останалите пациенти нито при диагностициране, нито при лечение.</i></li> <li>■ <i>Лекари без психиатрична специалност не трябва да започват лечение на шизофренни пациенти и/или да променят принципно терапевтичните схеми.</i></li> <li>■ <i>Психологично консултиране и терапия на онкологични пациенти се извършва от квалифицирани психолози с доказан клиничен опит в лечебни заведения.</i></li> <li>■ <i>Задължителна е двустранна размяна на информация между лечебните заведения при лечение на онкологични пациенти с тежки психични болести.</i></li> </ul>



- При остри психози първата грижа трябва да е безопасност за пациента и околните. При констатиране на психотичен епизод в онкологично здравно заведение задължително се информира спешния психиатричен център с цел съгласуваност и приоритетност при лечение на психичната и онкологичната болести.
- *Modified Overt Aggression Scale (MOAS)* е скала, която се използва за оценка на агресивност при всеки новопостъпил онкологичен пациент с анамнеза за психоза.
- Агресивността трябва да се отчита винаги, успоредно с отчитане на суициден риск.
- Оценката на агресивност се документира в досието на пациента и, веднъж отчетена, се мониторира през целия период на обслужване.
- Консултациите и терапията на онкологичния пациент трябва да са индивидуални и съобразени с психологичното му състояние на всеки етап от онкологичното лечение.
- Препоръчително е като форма на работа с пациента да се използва семейна консултация.
- Препоръчително е като форми на работа със семейството да се използва семейна терапия, семейна консултация и информирание на семейството.
- Информирането на семейството трябва да включва естеството на онкологичната болест, признаците, симптомите, лечението и техниките за справяне, усложненията и подготовката за онкологична смърт; съветването на близките трябва да включва поведение, което помага/не помага, и поведение в криза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Kenna HA, Poon AW, de los Angeles CP, Koran LM. Psychiatric complications of treatment with corticosteroids: review with case report. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 65: 549-560
2. Sirois F. Steroid psychosis: a review. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 27-33
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.com](http://www.nccn.com)
4. Raviv G, Laufer M, Baruch Y, Barak Y. Risk of prostate cancer in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2014; 55 (7): 1639-1642
5. Torrey EF. Prostate cancer and schizophrenia. *Urology*. 2006 Dec;68(6):1280-3. Epub 2006 Dec 4; Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17141844](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17141844)
6. Grinshpoon A, Barchana M, Ponizovsky A, et al. Cancer in schizophrenia: is the risk higher or lower? *Schizophrenia Research* 2005; 73 (2-3): 333-341

7. Dalton S, Laursen TM, Mellekjær L, et al. Schizophrenia and the risk for breast cancer. *Schizophrenia Research* 2003; 62 (1-2): 89-92
8. Cohen ME, Dembling B, Schorling JB. The association between schizophrenia and cancer: a population-based mortality study. *Schizophrenia Research* 2002; 57 (2-3): 139-146
9. Dalton SO, Mellekjær L, Thomassen L, et al. Risk for cancer in a cohort of patients hospitalized for schizophrenia in Denmark, 1969–1993. *Schizophrenia Research* 2005; 75 (2-3): 315-324
10. Cole M, Padmanabhan A. Breast cancer treatment of women with schizophrenia and bipolar disorder from Philadelphia, PA: lessons learned and suggestions for improvement. *J Cancer Educ* 2012; 27 (4): 774-779
11. Irwin KE, Henderson DC, Knight HP, Pirl WF. Cancer care for individuals with schizophrenia. *Cancer* 2014; Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24151022](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24151022)
12. Bergamo C, Sigel K, Mhango G, et al. Inequalities in lung cancer care of elderly patients with schizophrenia: an observational cohort study. *Psychosom Med* 2014; Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24677164](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24677164)
13. Howard LM, Barley EA, Davies E, et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *Lancet Oncol* 2010; 11 (8): 797-804
14. Meyer AA, Hwang M, Farasatpour M, et al. Metastatic breast cancer in patients with schizophrenia. *Mol Clin Oncol* 2013; 1 (2): 359-364
15. Domino ME, Beadles CA, Lichstein JC, et al. Heterogeneity in the quality of care for patients with multiple chronic conditions by psychiatric comorbidity. *Med Care* 2014; 52 (Suppl 3): S101-109
16. Farasatpour M, Janardhan R, Williams CD, et al. Breast cancer in patients with schizophrenia. Available at: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961013002250](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961013002250)
17. Hwang M, Farasatpour M, Williams CD, et al. Adjuvant chemotherapy for breast cancer in patients with schizophrenia. *Oncol Lett* 2012; 3 (4): 845-850
18. Abdullah KN, Janardhan R, Hwang M, et al. Adjuvant radiation therapy for breast cancer in patients with schizophrenia. *Am J Surg* 2014. Doi: 10.1016/j.amjsurg.2014.07.004
19. Chang TS, Hou SJ, Su YC, et al. Disparities in oral cancer survival among mentally ill patients. *PLoS One* 2013; 8 (8): e70883. Doi: 10.1371/journal.pone.0070883. eCollection 2013
20. Obuchi T, Okabayashi K, Imakiire T, et al. Outcomes of surgery in lung cancer patients with schizophrenia. *Surg Today* 2014; 44 (5): 855-8. Doi: 10.1007/s00595-013-0599-0. Epub 2013 Apr 18
21. Sharma A, Ngan S, Nandoskar A, et al. Schizophrenia does not adversely affect the treatment of women with breast cancer: A cohort study. *The Breast* 2010; 19 (5): 410-412
22. Finc M. Consultive therapy in delusional disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18: 393-406
23. Gazdag G, Ungary GS. Non-pharmacological biological therapies in schizophrenia. *Neuro-psychopharmacol Hung* 2011; 13: 233-238
24. Greenhalgh J, Knight C, Hind D, et al. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modeling studies. *Health Technol Assess* 2005; 9: 1-156
25. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD000076; Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846598](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846598)
26. Zervas IM, Theleritis C, Soldatos CR. Using ECT in schizophrenia: a review from clinical perspective. *World J Biol Psychiatry* 2012; 13: 96-105
27. Beale MD, Kellner CH, Parsons PJ. ECT for treatment of mood disorders in cancer patients. *Convuls Ther* 1997; 13: 222-226
28. Kaestner F, Moster C, Behnken A, et al. Therapeutic strategies for catatonia in paraneoplastic encephalitis. *World J Biol Psychiatry* 2008; 9: 236-240
29. Kohler CG, Burock M. ECT for psychotic depression associated with a brain tumor. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2089

30. McKinney PA, Beale MD, Kellner CH. Electroconvulsive therapy in a patient with a cerebellar meningioma, *JECT* 1988; Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9661094](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9661094)
31. Sutor B, Wells LA, Rummans TA. Steroid – induced depressive psychosis responsive to electroconvulsive therapy. *Convuls Ther* 1996; 12: 104-107
32. Наредба № 24/7. VII. 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“. ДВ. бр.78 от 7 септември 2004 г.; изм. ДВ. бр.69 от 3 септември 2010 г.; изм. ДВ. бр.92 от 23 ноември 2010 г.

**1.3.6. Поведение при наркотична зависимост***Силвия Цветкова, Екатерина Виткова*

Пристрастеността към вещества по време на лечението на тумори се добавя за разглеждане към ръководствата през 2013 г., като възможен проблем сред онкологични пациенти, съпътстващ водещата болест.<sup>1</sup> Този вид злоупотреба се среща рядко при пациенти с тумори, които нямат анамнеза, свързана със злоупотреба и пристрастеност към алкохол, опиати и цигари. Наркотична зависимост може да се развие по време на терапевтичния курс поради недостатъчен контрол върху лечението и може да бъде лекувана чрез установяване на по-добър контрол върху симптомите.<sup>1,2</sup> Все повече се наблюдава обществена и професионална загриженост за предписване и употребата на силни опиати при болкова симптоматика. Въпреки тези проблеми, все още липсват категорични проучвания; наличните изследвания са ограничени от различни фактори, свързани, от една страна, с недостатъчен опит поради изключване на индивиди с комплексна коморбидност, а от друга страна, с недостатъчна продължителност на проучванията.<sup>2</sup> Проведено е двегодишно кохортно проучване с използване на опиати при онкологични пациенти с болкова симптоматика; за период от 10 години са изследвани 1500 души; един от всеки десет е на дневна *morphine*-еквивалентна доза около 200 mg; в социален аспект изследваните са в категорията на ниска трудова заетост и ниски доходи; две трети съобщават, че състоянието им е повлияло трудовия статус; приблизително половината са изследвани и са диагностицирани с умерена до тежка депресия, а един от пет е имал суициден опит. Това изследване показва, че пациенти, на които са изписани по-силни опиати за овладяване на хронич-

на туморна болка, притежават сложен клиничен и демографски профил. Контролт върху психичното здраве и употребяването на наркотични вещества показват необходимостта от диференцирани подходи за лечение.<sup>2,3</sup>

**Зависимост от опиатни препарати.** Онкологично болни лица с анамнеза за психично разстройство, депресия или злоупотреба с наркотични вещества и тези с когнитивни нарушения, тежки съпътстващи болести, неконтролирани симптоми, комуникативни бариери или социални проблеми, са с висок риск от развитие на умерен или тежък стрес. Социалните проблеми (резултат от рискови фактори) се наблюдават предимно при по-млади лица, лица от женски пол, самотно живеещи, пациенти с малки деца, лица с преживяно физическо или сексуално насилие. Стресът може да се разглежда като провокативен фактор, водещ до неспазване на лечението или до злоупотреба с опиати за преодоляване на болката. Болката е един от най-честите симптоми, свързани с тумори. Пациенти с мозъчни неоплазми обикновено имат множествена коморбидност и развиват болкова симптоматика, която налага терапия с опиати. Връзката между използваните опиати и безопасните медицински условия е много сложна. Включването на слаби опиати към терапията е разумно, но често се налага повишаване на дозата. Изборът на опиат се съобразява с индивидуалните сърдечни и дихателни показатели на пациента. Специфичните комбинации на опиати с продължително действие са по-ефикасни при копиране на болките, но дават нежелани реакции, свързани с токсичност и пристрастяване. Терапия с опиати в продължение на повече от седем дни може да създаде физиологична зависимост и трябва да бъде преустановена чрез постепенно снижение на дозата, за да се избегнат симптоми на абстиненция. Адекватна доза на един опиатен препарат е тази, която облекчава болката

и причинява минимум странични ефекти.<sup>3</sup> *Morphine* е предпочитан мощен опиат, включен в Примерен опис на основни медикаменти на WHO; алтернативни медикаменти са *hydromorphone*, *methadone* и *fentanyl*; не се препоръчва *pethidine* поради натрупване на токсичен метаболитен продукт *norpethidine*.

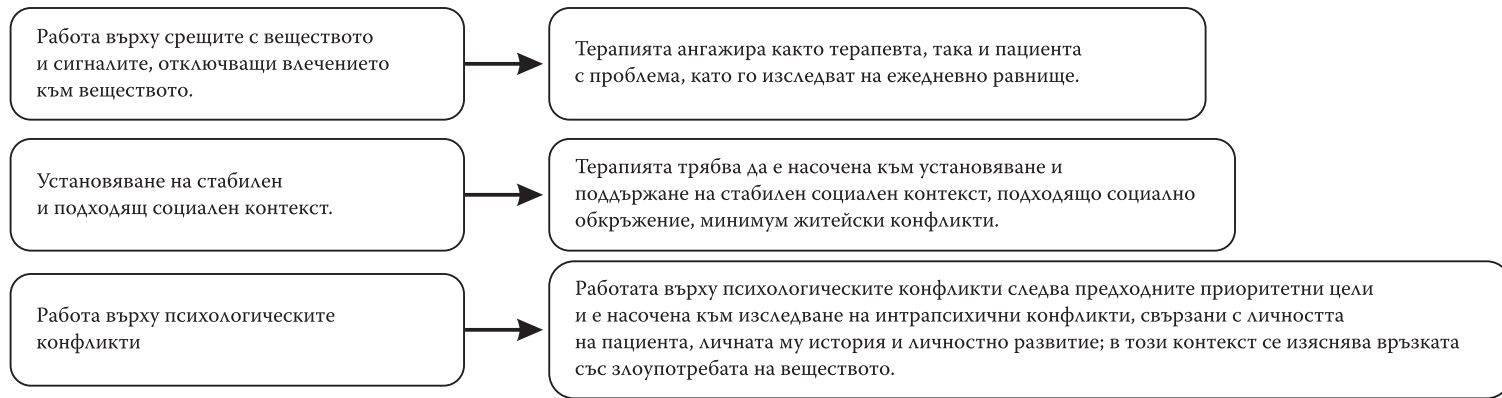
За пристрастяване и наркотична зависимост може да се говори тогава, когато пациентът е изцяло подвластен на необходимостта от прием на упойващи вещества и ги използва предимно заради еуфоричното им въздействие. Физическата зависимост и привикването са физиологични явления и са присъщи на всеки, който приема опиати продължително време<sup>4</sup>. Наркотична физиологична зависимост се появява, когато организмът привикне към определено ниво на наркотик и това изисква непрекъснатия му прием. Ако приемът се прекрати рязко, пациентът страда от раздразнителност, тревожност, безсъние, диафореза, гадене, повръщане, абдоминални болки, диария и др.

В случаи на по-продължителна от седмица опиатна терапия, когато вече не са необходими опиати за контрол на болка, симптомите на абстиненция могат да бъдат избегнати чрез постепенно снижение на дозите. Привикване към опиати се получава след неколkokратно приемане; наблюдава се постепенно приспособяване към определено опиатно ниво и това налага необходимост от приемане на по-високи дози за постигане на същия противоболков ефект. Въпреки че онкологични пациенти с болков синдром могат да показват нужда от все по-високи дози опиат, на все по-кратки интервали от време трябва да се прилагат количества, достатъчни за облекчаване на болката.<sup>5</sup>

**Поведение при наркотична зависимост.** При пациенти с анамнеза за злоупотреба и пристрастеност към вещества, антиуморната интервенция трябва да бъде оценявана, обсъждана и свързана с изготвянето на стратегии за снижение на риска от развиване на наркотична зависимост. Пациенти с подобна анамнеза трябва да бъдат наблюдавани за признаци и симптоми на рецидив. Тези случаи трябва да се преценят и съотнесат към планираната терапия, съобразена и насочена към намаляване на риска. Когато се установи, че даден пациент е развил зависимост към опиатни вещества, той трябва да бъде включен в специализирани програми за лечение и справяне със зависимости, както и в такива, свързани с подкрепа и превенция. Следвайки определен режим на детоксикация, на пациентите трябва да бъде предоставена психологична подкрепа, придружена от когнитивно-поведенческа психотерапия; по преценка трябва да бъде включено медикаментозно лечение.<sup>6,7</sup> Традиционните психотерапевтични подходи трябва да бъдат съобразени както с целите на лечението на зависимостта, така и с целите на лечението на онкологичната болест (Фиг. 1). Основна цел при психотерапевтирането е идентифициране на подсъзнателните мотиви и засилване на конструктивни защити.<sup>8</sup>

Едни от използваните психотерапевтични подходи, прилагани при зависимости, успешно могат да бъдат интегрирани в работата на специалист по психично здраве с онкологични пациенти с доказана зависимост<sup>8</sup>: (1) поведенческа терапия при зависимости – фокусират се не само симптомите на зависимост или повишен толеранс, а и поведението, свързано с намиране на веществото; (2) оперантно-поведенческа терапия – акцент са стимулите, ползите и наградите за пациента, постигнал позитивен отговор на психотерапия; (3) управление на случайността – поведенческа техника за договориране на позитивни последиствия за начина на живот, освободен от злоупотребата с вещества; (4) групова психотерапия – психодинамични,





Фигура 1. Цели при психотерапевтична работа със зависими пациенти (по Г. Асенов)

интерперсонални, интерактивни, рационално-емотивни, психодрама и др. сесии; включва и групи за самопомощ; (5) фамилна психотерапия – фокус върху семейните отношения при пациенти със зависимост и с онкологична болест: (i) структурна фамилна терапия при зависимост – пунктират се вътрефамилните подсистемни граници (родители, съпрузи, деца) по време на вземане на веществото и след спиране на злоупотребата; (ii) системна фамилна терапия – анализира се начинът на функциониране на семейните отношения, свързани с поведението на вземане на

веществото; (6) козависимост – терапия с психосоциалната въввлеченост на хора от близкия кръг на пациента, при което въввлечените губят автономния си начин на живот, игнорират индивидуалните си потребности, губят самоидентичността си; (7) психодинамични терапевтични подходи – психоанализа, транзакционен анализ и др. Поведението при наркотична зависимост е необходимо да бъде консолидирано с експертните становища на специалисти от интердисциплинарния екип при лечение на пациенти с онкологична болест.

C

- Препоръчва се редовна оценка на терапевтичния отговор на онкологични пациенти към опиоидна терапия и оценка на рискови фактори, свързани с неправилна употреба или злоупотреба с опиоидни аналгетици.
- Препоръчително е да се подобри контролът на симптоми, с което да се облекчи зависимостта от наркотични вещества при онкологични пациенти, които нямат анамнеза за злоупотреба или пристрастяване.
- При онкологични пациенти и преживели онкологична болест с анамнеза за злоупотреба с наркотични вещества се препоръчва оценка на влиянието им върху лечението на тумора и психосоциалното им функциониране с обсъждане на стратегии за понижаване на риска.
- При онкологични пациенти с анамнеза за наркотична зависимост се препоръчва оценка на признаци за рецидив.
- При онкологични пациенти с наркотична зависимост се препоръчва включване в програми за когнитивно-поведенческа и групова терапия.



- *При пациенти с анамнеза за злоупотреба с лекарства, отпускани по лекарско предписание, със забранени вещества, алкохолна зависимост или при злоупотреба с наркотични вещества може да съществува повишен риск от неправилна употреба/злоупотреба с предписаните лекарства.*
- *Лечението на разстройства, свързани със злоупотреба с алкохол и психоактивни вещества при онкологични пациенти, се извършва от клиницисти, съвместно със специалисти по психично здраве.*
- *Стабилни дози опиоидни аналгетици (над 2 седмици) по-често не оказват влияние върху психомоторната и когнитивната функция, но тези функции трябва да бъдат наблюдавани по време на приложението и лечението с аналгетици.*
- *Поради сложността на туморната болка и свързаните симптоми, доставчиците на здравни услуги трябва да предвидят потребностите на пациентите и семействата за подкрепа и обучение относно стратегиите за лечение.*
- *Оценката на потребностите от психосоциална подкрепа на всеки пациент е основен компонент на цялостната оценка на болката.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, et al. Opioids for chronic noncancer pain: predication and identification of aberrant drug-related behaviors: a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *J Pain* 2009; 10: 131-146
2. The Pain and Opioids IN Treatment study: characteristics of a cohort using opioids to manage chronic non-cancer pain. Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25599444](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25599444)
3. U.S. Food and Drug Administration. Extended-Release (ER) and Long-Acting (LA) Opioid Analgesics. Risk Evaluation and Mitigation Strategy (REMS). Silver Spring, MD: 2013. Available at: [www.fda.gov/downloads/Drugs/USM311290.pdf](http://www.fda.gov/downloads/Drugs/USM311290.pdf)
4. Passik SD, Kirsh KL. The interface between pain and drug abuse and the evolution of strategies to optimize pain management while minimizing drug abuse. *Exp clin Psychopharmacol* 2008; 16: 400-404
5. Ezenwa MO, Ameringer S, Ward SE, Serlin RC. Racial and ethnic disparities in pain management in the United States. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38: 225-233
6. American Pain Society. Principles of Analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain (ed 5 th). Glenview, IL; American Pain Society 2003
7. U.S. Food and Drug Administration. Transmucosal immediate Release Fentanyl (TIRF). Risk Evaluation and Mitigation Strategy (REMS). Silver Spring, MD: 2013. Available at: [www.fda.gov/downloads/Drugs/USM28973.pdf](http://www.fda.gov/downloads/Drugs/USM28973.pdf)
8. Христосков, Х. и съавт. Психотерапия. Поддържаща психотерапия. Медицина и физкултура, София, 2002, стр. 338-345

## 1.4. ДУХОВНИ И КОНСУЛТАТИВНИ ГРИЖИ

### 1.4.1. Промени в начина на живот

*Силвия Цветкова, Екатерина Виткова*

Храненето и хранителните навици са в основата на всички терапевтични интервенции, насочени към онкологични пациенти. Ако храната е подходяща и съобразена с индивидуалната обмяна на веществата, цялостното лечение е по-успешно. През 1980 г. епидемиолозите *Doll and Peto* изчисляват, че около 30% от всички случаи на тумори се дължат на хранителни навици.<sup>1</sup> Световният онкологичен изследователски фонд (WCRF) в сътрудничество с Американския институт за изследване на рака (AICR) стигат до подобно заключение в резултат на проучени експертизи на храни, хранене, физическа активност и профилактика на онкологични болести. В глобална перспектива се доказва, че около една трета от най-често срещаните туморни болести се откриват в страни с по-висок стандарт и около една четвърт – в страни с по-ниски доходи. Голяма част от онкологичните болести могат да бъдат предотвратени чрез здравословно хранене, физическо натоварване и поддържане на здравословно тегло.<sup>2</sup> *B. Zebrack et al.* провеждат проучване при 879 пациенти с тумори, за да изяснят най-често интересуващите ги въпроси, свързани с болестта; едни от често срещаните въпроси са свързани с храненето – честота, състав на храната, диета и др.<sup>3</sup> Приблизително 50% от анкетиранияте изразяват мнение, че потребностите им от обучение и достатъчна информираност остават неудовлетворени в хода на лечението.

При стрес се повишава обмяната на глюкоза паралелно с оборота на мастни киселини, което се съпровожда с намалено производство на кетонни тела, инсулинова резистентност и натрупване на мастна тъкан в различни органи. Промените се характери-

зират с бърза загуба на мускулна маса и намаляване на мускулната функция. Ефектите се измерват със степен на загуба на белтъчна маса и индекс на телесна маса (BMI). Загубата на сърдечна мускулна маса корелира със снижение на артериалното налягане и брадикардия. Загубата на ефективна чревна функция се наблюдава често по време на недохранване; възможна е поява на диария поради абсорбиране и недохранване. Важно изискване за поддържане на здравния статус или за алтернативно възстановяване от болестта е адекватно удовлетворяване на енергийните и протеиновите нужди на онкологичните пациенти.<sup>2</sup>

**Значение на храненето при авансирала болест.** Храненето е основен проблем в онкологията и хранителният спад може да следва динамиката на болестта и провежданото лечение. Хранителната дисфункция и недохранването оказват голямо влияние върху общото благосъстояние, функционалното състояние и върху някои симптоми (напр. туморна умора).<sup>4</sup> Всяка хранителна интервенция трябва да се основава на необходимост от адекватен прием, съобразен с други релевантни фактори. Терапевтичната диета често е коригирана според обичайната диета на индивида. Давността идентифицира тип, количество и честота на хранене, уточнява ниво на калории/протеини, заедно с всички ограничения, намалява или увеличава индивидуалните хранителни компоненти. С цел да се постигне най-високо съответствие трябва да се поддържа по-обичаен модел на хранене, вид на храна, количество и честота на хранене през деня според болестта и терапевтичната цел. В този процес се изисква идентифициране на променливи фактори в начина на живот, свързани с развитие на болестта и повторна идентификация при необходимост, за да се да удължи продължителността на живот. Първичната профилактика чрез енергиен баланс и здравословна диета трябва да бъде приоритет при контролиране честотата на онкологичните болести.

*Анорексия и кахексия.* Недохранването е свързано с по-висок риск след палиативно лечение на туморни болести. Съществува хипотеза, че основните патофизиологични механизми при тумори включват загуба на тегло и възпалителни цитокини, които подтискат апетита, активират убиквитин-протеазомния път и водят до увреда на тъканите с мускулен разпад.<sup>5</sup> Проучва се въпросът, свързан с признаци на анорексия-кахексия при пациенти с тумори, възприемани като глад. При пациенти в начални стадии на болестта хранителната помощ под форма на ентéralно или парентерално хранене може да помогне в предоперативната подготовка.<sup>6,7</sup>

*Наднормено тегло.* Това е един от най-важните рискови фактори за тумори. Физическата активност и понижаването на BMI убедително намаляват риска от колоректален карцином, а след менопауза вероятно предпазват и от развитие на карцином на гърда и ендометриум.<sup>2,11,21</sup> Основният механизъм все още не е изяснен, но освен превенция на наддаване на тегло, то би могло да включва и фактори, свързани с хормонален дисбаланс и други фактори на средата. В момента не е известно дали намаляването на теглото при затлъстяване на преживели туморна болест пациенти може да подобри резултатите.<sup>8</sup> За превенция на колоректален карцином<sup>11,21</sup> се препоръчва физическо натоварване, като неизменна част от ежедневието, и намаляване на времето, прекарвано седейки. Необходима е умерена физически активни и най-малко 30 минути от ежедневно време да се практикува активно ходене, каране на колело или други активности. При наднорменото тегло се препоръчва най-малко 60 минути ежедневна физическа активност.

*Индивидуално диетично консултиране.* В клиничната практика оралното хранене е приоритет при пациенти, които могат да толерират интензивно хранителното консул-

тиране. Потвърдението, че предписаната диета е индивидуализирана, адаптирана и адекватна за индивидуални нужди, стимулира пациента да развие чувство за самоконтрол; така процесът на хранене може да се разглежда като много ефективен подход за психологическа модулация. Всички тези фактори могат да допринесат за подобряване на качеството на живот (КнЖ) и да повлияят положително лечението.<sup>9</sup> Индивидуализираните диетични съвети, базирани на редовни храни, са най-ефективно средство за подобряване на хранителния прием, статуса на пациентите и КнЖ. Ранно изготвеното индивидуално хранително консултиране по време на лъчелечение е ефективен подход за намаляване на токсичността.

*Насоки за хранене.* Повечето диети, които са насочени към превенция на тумори, са предимно съставени от храни от растителен произход. Употребата на зеленчуци, несъдържащи скорбяла, предпазва от развитие на карцином на горен стомашночревен тракт.<sup>2,10</sup>

Консумацията на плодове намалява риска от карцином на устна кухина, фаринкс, ларинкс, хранопровод, бели дробове и стомах. Благоприятното въздействие на зеленчуците и плодовете се дължи както на специфични витамини, така и на други биологично активни съединения. Препоръчително е на ден да се консумират плодове и зеленчуци без скорбяла и нерафинирани зърнени и бобови растения; също се препоръчва да се ограничи консумацията на рафинирани захарни и нишестени продукти.<sup>2,10</sup> Консумацията на червено (телешко, свинско, агнешко и конско) и обработено месо, съхранено чрез опушване, консервиране, осоляване или чрез добавяне на консерванти (шунка, бекон, пастърма, колбаси) достоверно увеличава риска от колоректален карцином. Употребата на червено месо повече от един прием седмично увеличава риска от ко-

лоректален карцином с около 40%, а за преработено месо рискът се увеличава с около 20% с всеки 50 g на ден. Един от възможните механизми, чрез които червеното прясно и преработено месо може да увеличи риска от колоректален карцином, се свързва със съдържание на хем-желязо; то придава червен цвят на месото, дразни колоректалната лигавица и води до канцерогенеза. Ръководства на WCRF и AICR препоръчват да се ограничи консумацията на червено месо до 500 g на седмица; ако се приеме, че средните количества на порциите са по 100 g, това съответства на около пет приема на червено месо на седмица. Препоръчва се също да се избягва консумацията на преработено месо. Хора, които спазват различни форми на вегетарианска диета, са със значително по-нисък риск от развитие на някои туморни болести.

**Насоки за начин на живот.** Други рискови фактори се свързват с различни аспекти от начина на живот, към които се отнасят вредни навици, като тютюнопушене, употреба на алкохол, ниска физическа активност и др. (Табл. 1). Алкохолните напитки се приемат за причина за няколко вида туморни болести, като карцином на устна кухина, фаринкс, ларинкс, хранопровод и гърда. Съществуват убедителни доказателствата, че алкохолните напитки корелират с колоректален карцином при мъже; те са вероятна причина и за хепатоцелуларен карцином, както и за колоректален карцином при жени.<sup>11,13</sup> Около 10% от карциномите при мъже и около 3% от случаите на карциноми при жени в Западна Европа се дължат на употреба на алкохол. Доказателствата не показват ясно връзката със степента на консумация на алкохолни напитки, при която липсва риск от канцерогенеза. Реактивните метаболити на алкохола, като ацеталдехид, могат да бъдат канцерогенни. Алкохолът влияе също на метаболизма на фолиева киселина и оказва неблагоприятен ефект върху синтеза на ДНК. Въз основа на доказателства, свързани с развитие на тумори, се установява, че трябва да се избягват дори малки количества

алкохолни напитки. Въпреки това, умерено количество могат да предпазят от коронарна болест на сърцето, затова препоръката на WCRF и AICR е консумацията на алкохол да се сведе до една напитка за жени и две за мъже дневно (отнася се за всички видове алкохолни напитки). Някои методи за съхранение, преработка и подготовка на храни повишават риска от тумор. Сол и сол-консервирани храни вероятно са причина за карцином на стомах. Това особено се отнася за някои страни с висок прием на сол, свързан с консервирано месо и риба.<sup>13</sup> Храни, заразени с афлатоксини, са причина за хепатоцелуларен карцином. Препоръките на WCRF и AICR са за избягване на солени храни и ограничаване на консумация на такива продукти, за чието съхранение се използва сол. Препоръчва се да се избягва и консумация на плесенявали зърнени и бобови растения.<sup>14</sup> Засега проучванията не са категорични за ролята на хранителните добавки за превенция на тумори, както и за участие в онкогенезата. По-съществени изследвания в тази посока вече са в ход и предстоят публикации.

Редица ръководства дефинират туморната кахексия (дълбоко изтощение/отслабване на организма) и препоръчват психосоциална подкрепа за индивиди, засегнати от синдрома, чрез<sup>15,17</sup>: (1) системна оценка на вторични причини за нарушения на хранителния прием и корекционни действия; (2) подходяща хранителна помощ; (3) мултимодално лечение на туморна кахексия; (4) откриване и управление на психосоциалния стрес<sup>15,16</sup>. Систематичен преглед на литература и разработване на инструменти за оценка на психосоциални последици от синдрома на кахексия констатират множество симптоми на дистрес, засягащ както пациента, така и отношенията между съпрузи и семейство. При оценка и планиране на психосоциална помощ се идентифицират и анализират всички външни и вътрешни фактори, които пряко или косвено имат отношение към храненето, хранителния режим и хранителната диета, имат психосоциален ефект и

повлияват КнЖ и общуването на пациенти с тумори. При идентификация на способността за физическа активност се вземат предвид мислите, преживяванията, емоциите и последствията от изпълняваните активности, които трябва да носят положителен ефект и да са осъзнато изпълнени. Препоръчва се включване в образователни програми и тренинг-обучения. Промените в начина на живот на онкологични пациенти трябва да бъдат съобразени с ритъма и организацията на ежедневните дейности преди заболяване. Промените трябва да бъдат консенсусно изготвени от мултидисциплинарен екип, като се конкретизира индивидуална харанителна програма и се провежда индивидуално диетично консултиране.

**Насоки за физическа активност.** Предвид нарастващият брой изследвания за ползи от физическа активност, физическите упражнения трябва да бъдат част от стандартното лечение за всички онкологични пациенти и за тези в период на ремисия. Вече са публикувани няколко насоки за физическа дейност, основани на доказателства. През 2010 г. Американският колеж по спортна медицина (ACSM) издава експертен панел, който включва насоки за физическата дейност за хората, заболели от карцином на гърда, простата, дебело черво и гинекологични онкологични болести.<sup>16</sup> Експертният панел съдържа непротиворечиви доказателства за необходимост от движение по време и след лечение на тумори (включително интензивно лечение, като костномозъчна трансплантация) и се отчита благоприятен ефект върху сърдечната дейност от фитнес-упражнения. Посочват се корелации между мускулна сила, КнЖ и умора.<sup>16</sup>  
<sup>18</sup> Въз основа на тези данни ACSM формулира следните препоръки: (1) индивиди, преживели тумори, трябва да бъдат максимално активни физически, според индивидуалните си способности и условия; (2) индивиди, преживели тумори, трябва да избягват обездвижване, заседнал начин на живот, независимо от стадия на лечение;

(3) на всеки пациент в ремисия се препоръчва включване в програми с аеробни физически упражнения с най-малко 150-минутна умерена аеробна физическа активност седмично или 75-минутна интензивна аеробна физическа активност седмично, или еквивалентна комбинация от двете; (4) за укрепване на всички основни мускули групи се препоръчва най-малко два пъти седмично активни физически тренировки, включващи упражнения срещу съпротивление, които трябва да бъдат съобразени с индивидуалното състояние. Сравнителни насоки за физическата дейност са публикувани от Американската онкологична асоциация (ACS), Академията за физическа активност и спорт на Австралия, Обединения раков център на Холандия, Германската онкологична асоциация и Британската асоциация на спорта. Актуалните насоки за физическа дейност за хора, преживели тумори, са по-скоро препоръчителни; необходими са допълнителни изследвания, за да се дадат по-конкретни насоки за прилагането на даден спорт (режим, честота, интензивност и продължителност) за различни онкологични болести в определен стадий на развитие.<sup>18,19</sup> Бъдещите проучвания трябва да се фокусират върху: (1) изготвяне на специализирани програми, базирани върху идентифициране на клинични, индивидуални, физически и психосоциални фактори с включване на модератори и структури, разясняващи предназначението и условията им; (2) в програмите да се заложат критерии за отчитане на медицински показатели, чрез които ще е възможно да се получи по-добра представа за въздействието на работните механизми, свързани с разработване и прилагане на комплексни физически активности; (3) в заложените програми следва да се отчитат индивидуални интереси и предпочитания на пациентите и да се улесни оптимално осъществяване на физическа активност, съблюдавайки принципите на обучение под наблюдение.

Онкологичните пациенти се нуждаят от адекватна програма за възстановяване; въпреки това, повечето индивиди, преживели с онкологична диагноза, не възприемат здравословно поведение, а това, от своя страна, води до по-големи разходи, риск от заболяване и други проблеми, свързани със здравеопазването. Хора, преживели тумор, трябва да спазват определена диета, да поддържат нормално тегло и физическа активност. Важно е да се изготвя индивидуална оценка на риска и особено внимание трябва да се обръща на пациенти с висок риск: налична коморбидност, наднормено тегло или заседнал начин на живот, с вредни навици, като тютюнопушене, употреба на алкохол и др.

Медицинските работници трябва да разбират и признават нуждите на онкологичните пациенти, които са уникални и са различни от тези на другите болни. Системата на здравеопазване трябва да се съобразява с тази специфика на онкологична рехабилитация. Медицинските специалисти, работещи в онкологията, трябва да бъдат отворени към този непрекъснат и сложен процес; необходимо е изготвене на индивидуален план, който да оптимизира и координира грижите. Предложени са няколко модела. Единият се нарича *модел на споделена грижа* и се предлага като оптимален подход

за координиране на дейности между специализирани грижи при тумори и първична здравна помощ. Необходимо е да се добави екип от специалисти, притежаващи специализирани познания и умения в областта на храненето и физическата активност, с умения за персонализиране на потребностите на пациента.<sup>19</sup> Терминът *персонализирана медицина* се използва за прилагане на индивидуален режим при всеки онкологичен пациент; подчинява се на схващането, че зад всяка болест има уникален случай, който заслужава лични напътствия по време на лечение и в процес на рехабилитация. Моделите трябва да бъдат адаптирани към местните здравни ресурси и персонализирани в съответствие с нуждите на пациента.

Необходимо е да се направи оценка на въздействието на промените в начина на живот, свързан със здравето. Едновременно трябва да се правят изследвания за различни подгрупи, определени от фенотип, генотип, продължителност на лечение, начин на живот и фактори на околната среда.<sup>19,20</sup> Изследванията върху превенция на тумори предстои да бъдат прецизно регулирани; те ще се свързват с определяне на рискови подгрупи, проучване на основни механизми и биоактивни съединения, влияещи върху онкогенезата и свързани със специфичните хранителни навици и факторите на околната среда.<sup>20</sup>

### С

- При онкологични пациенти се препоръчва да се следи за тяхното здравословно и пълноценно хранене, което е съобразено с индивидуалната обмяна на веществата, умерени нива на физическа активност и включването им в специализирани обучения за изграждане и поддържане на здравословни навици на живот.
- Препоръчва се онкологичните пациенти да бъдат консултирани от диетолог, лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина и специалист по психично здраве, които са членове на интердисциплинарен екип.



**С**

- Препоръчва се онкологичните пациенти да бъдат подпомогнати за преодоляване на вредни навици (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, ниска физическа активност) и да се заменят със здравословен начин на живот посредством участия в тренинги и обучения.
- Препоръчва се лицата, преживели тумор, да бъдат максимално физически активни според индивидуалните си способности и условия.
- На онкологичните пациенти се препоръчва да бъде изготвен адекватен план за поддържане на хранителен режим, активност и възстановяване.
- За забавяне на начало и прогресия на тумора, както и за подобряване на прогнозата при диагностициран тумор се препоръчва здравословна диета.
- Препоръчва се на пациентите да бъдат изготвени специализирани програми, базирани върху идентифицирани клинични, индивидуални, физически и психосоциални фактори, с включване на модератори и структури, разясняващи целите и условията за изпълнението им.
- При онкологични пациенти в ремисия или индивиди, преживели тумори, се препоръчва дозирана физическа активност, включваща аеробни упражнения – 150 минути седмично с умерена или 75 минути с висока интензивност, както и упражнения за увеличаване на мускулната сила двукратно седмично.
- За превенция на колоректален карцином се препоръчва ограничаване на консумация на червено месо (телешко, свинско, агнешко) до 500 g седмично и въздържане от прием на консервирани и солени месни храни (шунка, бекон, пастърма, колбаси).
- За превенция на карциноми на горен храносмилателен тракт и хепатоцелуларен карцином се препоръчва ограничаване на дневната консумация на алкохол до една напитка за жени и две за мъже.
- Препоръчват се проактивни дейности и мероприятия за превенция на туморни болести чрез предоставяне на изчерпателна информацията за здравословно хранене, физическо натоварване и поддържане на здравословно тегло.
- Препоръчва се идентифициране на променливи фактори в начина на живот, свързани с развитието на болестта и повторна оценка при необходимост.



- *Едно от направленията при оценяване на потребностите на онкологични пациенти е изследване на хранителните навици (количество, качество, честота, енергиен баланс и други характеристики на храната), индекс на телесна маса (BMI), физическа активност (или хоби), ниво на дистрес, както и връзка между промяна в теглото (анорексия, кахексия, наднормено тегло) и развитие на болестния процес.*



- *В България няма добра практика, утвърждаваща мястото и ролята на специалист по диетика в интердисциплинарен онкологичен екип.*
- *Добрата съгласуваност и координация на дейността на интердисциплинарните екипи може да доведе до извеждане на критерии за структуриране и провеждане на програма, ориентирана към здравословен начин на живот за онкологични пациенти в процес на лечение или преживели туморна болест.*
- *Специалистът по психично здраве трябва да изяснява наличието или отсъствието на връзка между онкологичната болест, стресовите фактори, начина на живот, наличните хранителни и физически навици на пациента преди и след заболяване.*
- *Психосоциалната подкрепа се отнася както до потребностите на пациента, така и до потребностите на близките му, като се подчертава необходимостта от поддържане на съвместни дейности от ежедневиия живот (напр. хранене и активности в дома и извън него).*

Таблица 1. Препоръки за туморна превенция, основани на доказателства: храна, хранене и физическа активност (Световна Cancer Research Фонд в сътрудничество с Американския институт за изследване на рака. Адаптация по Lay ([www.wcrf.org/cancer\\_research/expert\\_report/recommendations.php](http://www.wcrf.org/cancer_research/expert_report/recommendations.php)).

	Насоки	Препоръки
1.	Телесна мазнина	Да се поддържа чиста мускулна маса, без допускане на поднормено тегло
2.	Физическа активност	Да се поддържа физическа активност в продължение на най-малко 30 минути всеки ден
3.	Храни и напитки, които насърчават увеличаване на теглото	Да се ограничи консумацията на енергийно-плътни храни (с високо съдържание на мазнини и/или добавена захар и/или с ниско съдържание на фибри) и да се избягват сладки напитки
4.	Растителни храни	Да се консумират повече зеленчуци, плодове, пълнозърнести храни и варива

5.	Животински храни	Препоръчително е да се ограничи консумацията на червени меса (говеждо, свинско и агнешко) и да се избягват преработени меса
6.	Алкохолни напитки	Ако се консумира изобщо, необходимо е да се ограничи употребата на алкохолни напитки до 200 g за мъже и 100 g за жени на ден
7.	Съхраняване, обработка, заготовка на храни	Да се ограничи консумацията на солени храни и храни, преработени със сол (натрий)
8.	Хранителни добавки	Не се препоръчва използването на добавки за защита срещу тумори
9.	Кърмене	Най-добре е за майките да кърмят изключително до шест месеца и след това да се добавят други течности и храни
10.	Преживяв тумор	След лечение преживелите онкологична болест трябва да следват препоръките за превенция

## ЛИТЕРАТУРА

- Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst* 1981; 66: 1191-1308
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: AICR; 2007. Available at: [www.dietandcancerreport.org](http://www.dietandcancerreport.org)
- Zebrack B. Information and service needs for young adult cancer survivors. *Support Care Cancer* 2009; 17: 349-357
- Stanga Z. Cancer Treatment and Nutrition. *Cancer and the Nutritional Status*, 2011; 33-35
- Jatoi A, Alberts SR, Foster N, et al. Is bortezomib, a proteasome inhibitor, effective in treating cancer-associated weight loss? Preliminary results from the North Central Cancer Treatment Group. *Support Care Cancer* 2005; 13: 381-386
- McGeer AJ, Detsky AS, O'Rourke K. Parenteral nutrition in cancer patients undergoing chemotherapy: a meta-analysis. *Nutrition* 1990; 6: 233-240
- Dodson S, Baracos VE, Jatoi A, et al. Muscle wasting in cancer cachexia: clinical implications, diagnosis, and emerging treatment strategies. *Annu Rev Med* 2011; 62: 265-279
- Saxton JM, Daley A, Woodroffe N, et al. Study protocol to investigate the effect of a lifestyle intervention on body weight, psychological health status and risk factors associated with disease recurrence in women recovering from breast cancer (ISRCTN08045231). *BMC Cancer* 2006; 6: 35. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/6/35>
- Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1431-1438

10. Clayton PE, Banerjee I, Murray PG, Renehan AG. Growth hormone, the insulin-like growth factor axis, insulin and cancer risk. *Nat Rev Endocrinol* 2011; 7: 11-24
11. Renehan AG, Soerjomataram I, Leitzmann MF. Interpreting the epidemiological evidence linking obesity and cancer: A framework for population attributable risk estimations in Europe. *Eur J Cancer* 2010; 46: 2581-2592
12. Key TJ. Fruit and vegetables and cancer risk. *Br J Cancer* 2011; 104: 6-11
13. Cross AJ, Ferrucci LM, Risch A, et al. A large prospective study of meat consumption and colorectal cancer risk: an investigation of potential mechanisms underlying this association. *Cancer Res* 2010; 70: 2406-2414
14. Schütze M, Boeing H, Pischon T, et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ* 2011; 342: d1584
15. van Halteren HK, Jatoi A. Cancer and the Nutritional Status, 2011, Available at: [www.esmo.org](http://www.esmo.org)
16. Demark-Wahnefried W, Jones LW. Promoting a healthy lifestyle among cancer survivors. *Hematol Oncol Clin North Am* 2008; 22: 319-342
17. Hopkinson JB, Strasser F. Psychosocial Aspects of Nutrition. *Cancer and the Nutritional Status* 2011; 73-80
18. Ligibel J. Lifestyle factors in cancer survivorship. *J Clin Oncol* 2012; 30: 3697-3704
19. Pekmezi DW, Demark-Wahnefried W. Updated evidence in support of diet and exercise interventions in cancer survivors. *Acta Oncol* 2011; 50: 167-178
20. Johansen C. Rehabilitation of cancer patients – research perspectives. *Acta Oncol* 2007; 46: 441-445
21. Vrieling A, Kampman E. The role of body mass index, physical activity, and diet in colorectal cancer recurrence and survival: a review of the literature. *Am J Clin Nutr* 2010; 92: 471-490

1.4.2. Религиозни грижи и свещеннически услуги

Силвия Цветкова, Илиан Илиев

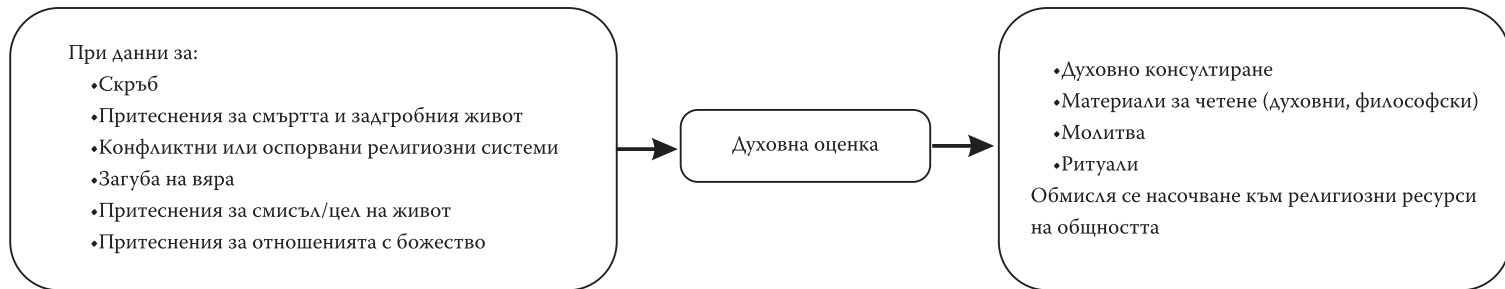
Туморът е страшен, тъй като застрашава надеждата. Всички онкологични пациенти изпитват някакво ниво на дистрес, свързано с диагноза *тумор*, последиците от болестта и нейното лечение, независимо от стадия. Ефективна в справянето с него е екзистенциалната психотерапия, която търси причините за психичните проблеми в нерешен базисен конфликт<sup>1</sup>. Ъ. Ялом определя четири неизбежни обстоятелства в човешкия живот: смърт, свобода, изолация и безсмислие.<sup>2</sup> Подобни въпроси са предмет на обсъждане и от религията.<sup>3</sup> Психологията на религията изследва закономерностите на възникване, развитие и функциониране на религиозни явления в социалната, груповата и индивидуалната психология. Твърде често пациентите си задават множество въпроси. На *Табл. 1* се представя основна историческа информация, определена като полезна при грижите за онкологични пациенти с изразени религиозни убеждения.<sup>4</sup>

Таблица 1. Информация при терапия на онкологични пациенти с изразени религиозни убеждения.

FICA	F	Faith and beliefs (вяра и вярвания)
	I	Importance of spirituality in the patient's life (значение на духовността в живота на пациента)
	C	Spiritual community of support (духовно общуване и подкрепа)
	A	How does the patient wish spiritual issues to be Addressed in his or her care (как пациентът желае духовните грижи да бъдат разглеждани в негова/нейна помощ)

SPIRIT	S	Spiritual belief system (система от духовни вярвания)
	P	Personal spirituality (лична духовност)
	I	Integration with a spiritual community (интегриране с духовната общност)
	R	Ritualized practices and restrictions (ритуални практики и ограничения)
	I	Implications for medical care (последствия за медицинските грижи)
	T	Terminal events planning (планиране на терминални събития)

Религиозното знание изяснява различни понятия и групи понятия<sup>3</sup>, социално-философски и общофилософски категории, термини и понятия от логиката, етиката и естетиката, общонаучни понятия, термини и понятия от други свързани научни дисциплини, религиозни понятия (теология, религия, култ, църква, храм, молитва, теизъм, пантеизъм, атеизъм, скептицизъм, Бог, ангел, Рай, провидение, ад, карма и др.), базисни понятия, свързани с историческото развитие на религиозните понятия. Присъща е на всички исторически епохи. Индивидуално-психологически предпоставки са преживявания на зависимост от другите, страх от смърт, от nelечима болест, от духовна неединност на личността (съмнения, разпокъсаност, дифузност), от чувство на самота и безизходност, от тотална психологическа зависимост към авторитети и пр.<sup>3</sup> Според В. Франкъл понятието *духовност* винаги се съчетава с категориите *отговорност* и *съвест*.<sup>5</sup> Религиозното съзнание е белязано от емоционална образност, въображение, съчетание на адекватно с неадекватно, вяра, символичност, диалогичност и емоционална наситеност.<sup>3</sup> Функционира със специфична религиозна лексика на определено и изгълнено с религиозно настроение място, в което молитвата има централно значение. Религиозното съзнание има две нива: всекидневно и концептуално; всекидневното е стереотипи, нагласи, чувства от човешкото битие, в което емоцията има доминантен характер; концептуалното представлява разработвана система от понятия, концепции, идеи,



Фигура 1. Алгоритъм за насочване към свещеннически услуги.<sup>8</sup>

принципи и аргументации (религиозен мороглед). Религиозната вяра е особено психологическо състояние на увереност в постигането на цели, в настъпване на определено събитие, очакване на осъществяване на онова, което е заложено в молитвено слово. Религиозната вяра взаимодейства с вярата в истинността, повторемостта на събития, в религиозни авторитети. Църковните тайнства, ритуали, благослужения и молитви имат за цел човек да прочисти съзнанието си от натрупани негативи, тревоги, съмнения и да постигне увереност, че не е сам на света и има кой да му помага. Вярата води до спасение, намиране на истинския смисъл и пълнота на живота. Всички светли религиозни учения дават схващането, че животът е свещен дар, в който се отстояват нравствени и духовни ценности.<sup>3</sup>

В продължение на векове на пациентите не е съобщавана диагнозата *тумор* заради стигма, свързана с болестта. От 1970 г. насам тази ситуация се е променила и па-

циентите са добре запознати със своята диагноза и възможностите за лечение.<sup>6,7</sup>

**Услуги от духовно лице<sup>8</sup>.** Привличането на духовно лице в мултидисциплинарен онкологичен екип е препоръчително в следните случаи: (1) скръб; (2) притеснения за смърт и задгробен живот; (3) конфликтни или оспорвани религиозни системи; (4) загуба на вяра; (5) притеснения за смисъл/цел на живота; (6) притеснения за отношения с Божественото; (7) изолиране от религиозна общност; (8) вина; (9) безнадеждност; (10) конфликт между религиозни вярвания и препоръчвани лечения; (11) необходимост от ритуал. Насочването се извършва от онкологичния екип, след което се прави оценка на нуждите от духовно лице (Фиг. 1). Следва проследяване и поддържане на комуникация с основния онкологичен екип и семейството/обгрижващите лица.

*Свещеннически услуги при разстройство на настроението.* При проучвания е установено, че при 20-47% от новодиагностицирани онкологични пациенти и болни с рецидивираща болест се наблюдава значимо ниво на стрес. При проведен мета-анализ се съобщава, че при 30-40% от пациентите с различни видове тумор има някаква комбинация на разстройства на настроението.<sup>8</sup>

*Свещеннически услуги при чувство за вина.* При наличие на тежки депресивни симптоми и/или суицидни мисли пациентът се насочва към специалист по психично здраве за по-нататъшна оценка, интервенция, проследяване и духовно консултиране, включващо желание за ритуал за опрощаване. При облекчена вината следва поддържащо духовно консултиране с продължителна подкрепа. При липса на тежки депресивни симптоми и/или суицидни мисли се осъществява духовно консултиране; ако липсва желание за ритуал за опрощаване, вината не е облекчена. Следва духовно консултиране и лицето се насочва към специалист по психичното здраве.<sup>8</sup>

*Услуги от духовно лице при безнадеждност.* При наличие на тежки депресивни симптоми и/или суицидни мисли се препоръчва насочване към специалист по психично здраве за по-нататъшна оценка, интервенция, проследяване и духовно консултиране. Предлага се и консултация за палиативни/поддържащи грижи и при облекчение на симптомите следва продължителна подкрепа. Ако липсват тежки депресивни симптоми и/или суицидни мисли се осъществява духовно консултиране и консултация за палиативни/поддържащи грижи. Ако няма облекчение на симптомите, се предлага духовно консултиране и/или насочване към специалист по психично здраве.<sup>8</sup>

*Услуги от духовно лице при конфликт между религиозни вярвания и препоръчвани лечения.* При данни за конфликт между религиозни вярвания и препоръчвано лечение

при онкологични пациенти те се насочват към консултация с лекар за изясняване на възможностите и целите на лечението. Извършва се оценка на способността на пациента да взема решения, както и се препоръчва консултация със специалист по психично здраве при необходимост. В случаи, при които пациентът има способността да взема самостоятелни решения и същевременно е с установена духовна самоопределеност, се насочва към връзка с религиозна общност за духовно консултиране. Ако конфликтът бива разрешен, се препоръчва продължителна подкрепа от духовно лице. В случаите, при които конфликтът не намира разрешение, пациента се насочва към етична консултация/ консултация за палиативни грижи и към религиозните ресурси на общността.<sup>8</sup>

Много от пациентите използват своите религиозни и духовни ресурси, за да се справят с болестта; мнозина посочват молитвата като основна помощ. Диагностицирането на тумор може да отключи екзистенциална криза, което прави духовната подкрепа изключително важна. *Balboni et al.*<sup>9</sup> изследват 230 пациенти с авансирал карцином, лекувани в различни здравни заведения, при които липсва отговор към химиотерапия от първа линия; по-голяма част (88%) считат религията за донякъде или много важна; 47% съобщават, че са получили много малка или не са получили никаква подкрепа от своята религиозна общност, а 72% съобщават, че са получили много малка или не са получили никаква подкрепа от медицинската система<sup>10</sup>. Важно е, че пациенти, получавали духовна подкрепа, съобщават за по-високо качество на живот (КнЖ). *Astrow et al.*<sup>11</sup> установяват, че 73% от онкологичните пациентите имат духовни потребности и тези, чиито духовни потребности не са били удовлетворени, съобщават за по-ниско качество на лечение и по-ниска удовлетвореност от него. При изпитване с участието на много здравни заведения (75 онкологични пациенти и 339 онколози и медицински сестри) е установено, че духовните грижи оказват положителен ефект върху отношенията

пациент-доставчик на грижи и върху емоционалното благосъстояние на пациентите.<sup>12</sup> В изпитване, проведено в периода 2006-2009 г., е установено, че повечето пациенти с авансирал тумор никога не получават духовни грижи от своя онкологичен екип.<sup>13</sup>

Духовните проблеми се оценяват от сертифицирано духовно лице, което може да предложи духовни или философски материали за четене, духовни съвети и насоки, молитва и/или ритуали. При пациенти, членове на религиозна общност, сертифицираното духовно лице също може да служи като връзка между пациен и общност или да му съдейства за достъп до духовни ресурси. Пациенти, чиито опасения не отзвучават, могат да бъдат насочени за оценка на психичното здраве, като същевременно продължават да получават духовно консултиране, ако желаят. Индивиди, които изпитват чувство на вина или безнадеждност, също трябва да преминат по-нататъшна оценка от специалист по психично здраве, тъй като могат да имат тежки депресивни симптоми или мисли за самоубийство. Консултациите за палиативна/подкрепяща грижа също може да бъдат важни за пациенти, които чувстват безнадеждност.

**Духовност и духовни грижи.** Лошата прогноза за летален край е трудна за преработване информация, наситена с много емоция и отежнявана от бремето на болестта. Духовните грижи имат за цел да стимулират духовността, религията, жизнената философия у пациентите с авансирал тумор.<sup>14</sup> Духовните и религиозните схващания стимулират: насърчаване/придържане към здравословен начин на живот, предлагане на по-ясна представа/рамка за смисъла и ценността на живота, съзнаване на отношения с по-висше същество, засилване на социалната подкрепа и реинтеграция. За духовни консултации се предлага модел на *D. Fitchett*, който има два раздела: първият включва седем основни измерения на човешкия живот, т.нар. холистични измерения; седмото

от холистичните измерения е духовно и се обсъжда чрез седем теми от втори раздел (умствени/духовни измерения) (Табл. 2).<sup>14</sup> Моделът на *D. Fitchett* е модифициран с конкретно включени теми и подтеми (Табл. 3).<sup>14</sup>

Таблица 2. Модел на *D. Fitchett*.

Холистични измерения	Умствени/духовни измерения
1. Медицинско	1. Вяра и смисъл
2. Психологическо	2. Призвание и последствия
3. Семейна система	3. Опит и емоции
4. Психосоциално	4. Смелост и израстване
5. Етническо и културно	5. Ритуали и практика
6. Социално	6. Живот в общност
7. Умствено/духовно	7. Власт и лидерство



Таблица 3. Модифициран модел на D. Fitchett за духовни грижи.

Теми	Подтеми
1. Вярa, смисъл, религиозни убеждения	<ul style="list-style-type: none"> <li>Начин за откриване на смисъла</li> <li>Обекти със символичен смисъл</li> <li>Роля на традициите и използването на езика</li> <li>Промени в религиозните убеждения</li> <li>Смисъл на болестта, страданието, живота</li> </ul>
2. Задачи, задължения, равновесие в живота	<ul style="list-style-type: none"> <li>Схващания за задълженията в живота, който пациентът води или е водил</li> <li>Етични принципи, направляващи поведението</li> <li>Изражения на духовните измерения в ежедневието</li> <li>Влияние на болестта върху вяра/жизнена философия</li> <li>Тълкуване на болестта по отношение на работа/задачи в живота</li> <li>Каква е целта на живота</li> <li>Какво е станало с живота</li> </ul>
3. Преживявания и емоции	<ul style="list-style-type: none"> <li>Специални екзистенциални или религиозни преживявания</li> <li>Общо емоционално състояние/атмосфера</li> <li>Отношение към себе си</li> <li>Разграничаване на емоции, свързани с религия, от такива, произтичащи от жизнена философия</li> <li>Емоции, свързани със справяне с болестта</li> </ul>

4. Смелост, надежда, израстване	<ul style="list-style-type: none"> <li>Смелост и издръжливост при трудни обстоятелства</li> <li>Смелост да се преоценят личните убеждения в кризисна ситуация</li> <li>Източници на смелост, надежда и сила</li> <li>Преживявания на лично израстване и преориентация по време на криза</li> </ul>
5. Ритуали и практики	<ul style="list-style-type: none"> <li>Форми на изразяване за визуализация на смисъл и цели</li> <li>Актуални религиозни ритуали и практики</li> <li>Влияние на болестта върху ритуали и обичаи</li> </ul>
6. Отношения	<ul style="list-style-type: none"> <li>Социална сплотеност и общности, в които пациентът споделя идентични убеждения, практики</li> <li>Помощ/подкрепа от социални групи</li> <li>Наличие/отсъствие на откритост при разговори с други за болестта</li> <li>Влияние на болестта върху отношения и коопериране</li> <li>Иницириране от други на действия за помирение, подкрепа, лечение, общуване, приемственост и непрекъснатост на грижите</li> </ul>
7. Източници на вдъхновение	<ul style="list-style-type: none"> <li>От кого или в какво пациентът търси подкрепа и одобрение във връзка с вяра, ритуали, духовни практики</li> <li>Връзка на жизнена философия и лечение</li> <li>Кой или какво служи за пример и източник за вдъхновение у пациента</li> </ul>

**В**

- В екипа от доставчици на психосоциални онкологични грижи се препоръчва участие на духовни лица.
- При анамнеза за принадлежност на онкологичния пациент към религиозна общност се препоръчва насочване за духовни грижи при спазване на принципите, правилата и алгоритъма на екипно консултиране.
- При онкологични пациенти с чувство за вина и безнадежност се препоръчва насочване за духовна консултация.
- При онкологични пациенти със силни религиозни убеждения се препоръчва среща с духовно лице при скръб, притеснение, загуба на вяра, чувство за безнадежност, конфликт между религиозни вярвания и препоръчвано лечение.
- При онкологични пациенти с дълбоко религиозни убеждения, чиито екзистенциални симптоми не отзвучават след духовна консултация, се препоръчва повторно насочване към специалист по психично здраве (психолог, психиатър), продължавайки духовно консултиране по желание.
- В случаи на конфликт между религиозни вярвания и предложено лечение се препоръчва консултация с лекар за изясняване на възможностите и целите на лечението, след което се прави оценка на способността на пациента да взема решения; пациенти с установен конфликт препоръчително се насочват към връзка с религиозна общност и консултиране с духовно лице.



- *Духовните грижи оказват силно положително влияние и имат ефект върху емоционалното състояние при онкологични пациенти с религиозни убеждения и вярвания.*
- *За цялостния терапевтичен процес, включително и за психоонкологичната практика, е важно да се идентифицира религиозната самоопределеност на пациента.*
- *В случаи, при които е налице осъзнато желание на пациента да се свърже с религиозна общност, е необходимо да се осигурят всички възможности, които удовлетворяват духовната му потребност.*



- *Връзката на онкологичния пациент с религиозна общност създава благоприятни условия за връщане към религиозните вярвания, в които животът е свещен дар и в които се отстояват нравствени и духовни ценности.*
- *В момента в България липсват сертифицирани духовни лица, извършващи духовно консултиране на онкологични пациенти.*

### Литература

1. Миланова, В. Психиатрия. Медицина и физкултура, София, 2013, стр. 526
2. Ялом, Ъ. Дарът на терапията, ИК Колибри, 2014, стр. 13-22
3. Христосков, Х. и съавт. Психотерапия. Медицина и физкултура, София, стр. 288-293
4. Puchalski C, Ferrell B, Birani R, et al. Special Report: Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *J Palliat Med* 2009; 12: 885-905
5. Димова, Л., Франкъл, В. Психотерапия и религия. *Християнство и култура* 2013; 82: 14
6. Holland JC, American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. 2003; 21: 253-265
7. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Distress Management, v. 2.2014. Chaplaincy services: Isolation from religious community. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
8. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Chaplaincy services. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
9. Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, et al. The role of spirituality and religious coping in quality of patients advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J Support Oncol* 2012; 10: 81-87
10. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* 2007; 25: 555-560
11. Astrow AB, Wexler A, Teixeira K, et al. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol* 2007; 25: 5753-5757
12. Phelps AC, Lauderdale KE, Alcorn S, et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol* 2012; 30: 2538-2544
13. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol* 2013; 31: 461-467
14. Маринова, П. и съавт. Палиативни грижи. Български писател, София, 2007, стр. 283-327

**1.4.3. Социални и консултантски услуги***Светлана Чивгънова, Мария Иванова*

В резултат на онкологична болест и последващо лечение пациентът и семейството преживяват дълбоки нужди от финансова, социална, организационна и логистична подкрепа. Често пъти цената на лечението, като финансови и човешки ресурси, са непосилни и това води до невъзможност за коректно придържане и към терапия. Съществуването на държавни и неправителствени организации и фондове, предоставящи обща социална, материална и психологична подкрепа, подпомагат пациентите в пътя им на оздравяване. Така наречените групи за подкрепа стават все по-широка практика.<sup>6</sup> От своя страна, необходимостта от социални услуги за нормативите и условията са въпрос на специализирана консултация, свободно предоставяна от специализирани социални и консултантски центрове.

В контекста на икономическа и социална криза, подсилена от негативни демографски промени, осигуряването на достъпни, висококачествени и устойчиви услуги за дългосрочна грижа е един от ефективните инструменти за подобряване на качеството на живот (КнЖ) и за пълноценното им включване в обществото след преживяна онкологична болест и лечение.<sup>1</sup> Дългосрочната грижа е дефинирана по различен начин в страните членки на Европейски съюз и отразява различията в продължителността на грижите, обхватните ползватели на услуги и трудната за определяне граница между медицински (здравни) и немедицински (социални) услуги. Понастоящем в българското законодателство не съществува отделна дефиниция за дългосрочна грижа и за услуги за предоставяне на дългосрочна грижа, нито съществува официална класификация на лицата, които имат право на тях. Услугите за дългосрочна грижа и другите социал-

ни и здравни услуги в България се осигуряват от две отделни системи – системата за социални услуги и системата на здравеопазване. Социалните услуги се дефинират като дейности, които подпомагат и разширяват възможностите на лицата да водят самостоятелен начин на живот, извършващи се в специализирани институции и в общността; регламентират се от Закона за социално подпомагане (ЗСП) и Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане (ППЗСП).<sup>2</sup> Съгласно ППЗСП социалните услуги се предоставят в общността и в специализирани институции. Социалните услуги в общността осигуряват условия за живот в среда, близка до семейната, целят да подкрепят потребителите и да насърчат социалното им включване. От друга страна, дългосрочните здравни услуги се регламентират от Закона за здравето<sup>3</sup> и Закона за лечебните заведения<sup>4</sup> и се предоставят в различни видове специализирани лечебни заведения, като болници за долекуване и продължително лечение, болници за рехабилитация, болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация, държавни психиатрични болници, центрове за психично здраве и хосписи. Различното разпределяне на отговорностите (частна/семейна – обществена), различните начини на организиране на медицински и социални грижи, както и различното законодателство за тях водят до необходимост от прилагане на нови модели и регламенти според особеностите на нашата държава.

Преходът от традиционната за България институционална грижа към услуги, предлагани в общност и семейна среда, се реализира главно чрез дневни центрове, центрове за социална рехабилитация и интеграция, защитени жилища, модели за предлагане на услуги в домашна среда (личен асистент, социален асистент, домашен помощник, домашен социален патронаж). Ключова цел е подкрепата за развитие на социални услуги в общността.

**Европейски и национален контекст на социални услуги.** България, както редица страни-членки на Европейски съюз (ЕС), е изправена пред сериозна потребност от услуги за дългосрочна грижа и от нарастване на обществени разходи за тях. Подкрепяйки държавите в техните усилия за реформа, ЕС препоръчва изпълнението на три дългосрочни цели за национални здравни и социални системи, които трябва да се преследват успоредно: (1) гарантиране на добър достъп до здравни грижи и социални услуги; (2) подобряване на качеството на грижите; (3) гарантиране устойчивостта на финансирането им. Социалните услуги в България могат да бъдат финансирани чрез републиканския бюджет, общинските бюджети, в рамките на проекти по национални и международни програми и чрез самофинансиране. Едни от успешните социални форми са услугите *личен асистент*, *социален асистент* и *домашен помощник*; предоставят се от 2003 г. по национална програма, която осигурява грижа в семейна среда на хора с трайни увреждания или тежко болни самотни хора чрез включване в заетост на безработни лица. В подкрепа на развитието на услуги в домашна среда са съсредоточени и усилията на редица организации от неправителствения сектор. В системата на здравеопазването палиативни грижи се предоставят в лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, както и в хосписи. Практиката в редица европейски страни е палиативните грижи да се предоставят на пациентите в заведения, близки по своята същност до разбирането на ЗЛЗ за хоспис, а болниците да осъществяват само активно лечение. Европейска

практика е в хосписите да работят специалисти на доброволчески начала, което влияе върху цените на предлаганите медицински услуги.

**Дългосрочна грижа и основни принципи.** Стратегията за дългосрочна грижа се основава на политика, насочена към създаване на условия за независим и достоен живот за възрастни и хора с увреждания при зачитане на правата им, съобразяване с техните възможности и специфични потребности. Уважение към правата и достойнството на потребителите и включването им в процеса на вземане на решения е основен принцип, гарантиращ правото на потребителя да избере подходяща услуга и доставчик. Потребителите (и техните семейства) трябва да бъдат партньори в процеса на прехода от институционална грижа към услуги, предоставяни в общността. Те трябва да бъдат активно включени и консултирани в разработване, предоставяне и оценка на услуги, които получават. Трябва да се предоставя ясна, точна и изчерпателна информация и съвети на потребителите и на потенциалните потребители за предлаганите услуги, тяхната цена и достъпност. Всички граждани трябва да са равнопоставени и да имат равен достъп до услуги. Задължителна е достъпна и адаптирана среда, осигуряване на качествени услуги на територията на всеки регион с изградена мрежа от стационарни и мобилни услуги. Необходима е превенция на институционализиране, на излишна хоспитализация и рехоспитализация.<sup>7</sup> Всички визирани принципи са практически ориентирани и се базират на основни начала за социална кохезия, социално включване и ефективна подкрепа.

### С

Препоръчва се създаване на общ справочник за насоки, форми и спецификации на отделни служби за социални и консултански услуги за онкологични пациенти и техните семейства, основан на регистъра на услугите на Агенцията за социално подпомагане.



- *Необходимо е създаване на условия за независим и достоен живот на онкологични пациенти посредством предоставяне на качествени, достъпни и устойчиви услуги за дългосрочна грижа според индивидуалните им потребности и при постигне на добър баланс между качество и ефективност.*
- *Конкретни цели на дългосрочните социални грижи при онкологични пациенти са: (1) развиване и предлагане на мрежа от социални услуги в общността, съобразени с потребностите на пациентите и подобряване на тяхното качество; (2) предоставяне не само на стационарни, но и на мобилни услуги в домашна среда; (3) нормативно регламентиране на широк спектър от стационарни, мобилни и интегрирани междусекторни услуги в общността за целеви онкологични групи и техни семейства, стъпвайки на добрите практики и прилагайки иновативни подходи; (4) осигуряване на устойчиво финансиране на услуги за дългосрочна грижа; (5) подобряване на механизма за координация между системите за социална и здравна грижа както от гледна точка на политиките, така и от гледна точка на участващите структури; (6) поетапно закриване и/или реформиране на всички функционално остарели и неотговарящи на актуалните нужди на целевите групи специализирани институции за онкологични пациенти; (7) поетапно реструктуриране на системата за стационарно лечение на болни и деинституционализация на грижите чрез развитие на подходящи форми за грижа и лечение на хора, нуждаещи се от палиативни грижи; (8) продължаващо въвеждане на добри практики за дългосрочни здравни грижи на онкологични пациенти след активно лечение и осигуряване на подходящи условия за живот в общността чрез предоставяне на подходящи интегрирани междусекторни услуги и реинтеграционни програми; (9) изграждане и утвърждаване на модел за предоставяне на продължително лечение и палиативни грижи; (10) развитие на услуги за палиативни грижи; (11) осигуряване на домашни грижи на онкологични пациенти с увреждане на жизнено важни функции (дихателна, невромускулна, бъбречна недостатъчност и др.).*
- *В България съществуват проекти по Седма рамкова европейска програма за изграждане на интердисциплинарни екипи за реинтеграция на онкологични пациенти.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Национална стратегия за дългосрочна грижа. Решение №2/7.1.2014 г. Министерски съвет, Агенция за социално подпомагане
2. Закон за социално подпомагане. ДВ, бр. 56 от 1998 г.; изм. с § 4 от Закона за деноминация на лева, бр. 20 от 1999 г., бр. 45 от 2002 г.; изм. и доп., бр. 120 от 2002 г., бр. 18 от 2006 г.; изм., бр. 30 от 2006 г., бр. 105 от 22.12.2006 г. в сила от 01.01.2007 г.
3. Закон за здравето
4. Закон за лечебните заведения
5. Седма рамкова програма, Европейски научни изследвания в действие
6. Macmillan Cancer Support. Social Care for Cancer, 2009
7. Department of Health. Supporting people with long term conditions. An NHS and social care model to support local innovation and integration, 2005

**1.4.4. Контрол на финансови проблеми***Ивайла Георгиева, Димитрина Григорова*

Финансовата тежест при лечение на злокачествени болести може да бъде значителна. Нетрудоспособността и загубата на работно място, дори и след приключване на активна терапия, също могат да доведат до финансови проблеми. Допълнителните разходи по време на лечение са свързани с пропуснати доходи, увеличени застрахователни премии, удържки, доплащания, пътни разходи, както и разходи за семейството. Опасения за увеличаване на разходите са чести сред пациенти с тумори, дори когато са здравно осигурени. Медицинските работници обичайно са свикнали с идентифициране на уязвими групи, като социално слаби или здравно неосигурени пациенти, за които се предполага, че финансовите затруднения могат да представляват значителна пречка и допълнителна грижа. Въпреки това, проблемът може да се разшири и извън групите, които традиционно се считат за уязвими. Например, една четвърт от пациентите, лекувани в академичен център, съобщават за пътни разходи като допълнителни.<sup>1</sup>

<sup>2</sup> Почти една трета от възрастните, преживели тумор, съобщават за финансови проблеми, свързани с болестта, като забавяне на медицински грижи, отпускане на лекарства с рецепта, стоматологична помощ, помощни средства, перуки или психично-здравни грижи в рамките на изминала година. Развитието на средства и методи за подпомагане на хора, преживели онкологични болести, и техни семейства, които са изправени пред финансов стрес, е предизвикателство, защото води до разширяване на вече съществуващите модели за справяне с грижите и изисква усилия за намеса на няколко нива. Наскоро предложен модел на ESMO за рехабилитация на онкологично болни признава необходимостта от цялостна грижа.<sup>1</sup> Препоръчително е да се обърне внима-

ние на социалните и професионални нужди, както и на разширяване на фамилияните грижи с включване на услуги, насърчаващи самостоятелно управление и подкрепа на преживелите да продължат работа си или да се върнат като нова работната сила. Тази стъпка има потенциал да намали общите и индивидуални разходи при лечение и би следвало да се разглежда като начин за намаляване на финансовата тежест. Въпреки потенциалните ползи от големия брой предлагани услуги за пациенти с онкологични болести, реалният достъп до този вид грижи означава справяне с множество бариери. Разнообразието на здравното осигуряване (съвкупност от различни възможности за финансиране и многобройни видове планове) е сложно за разрешение и изпълнение.<sup>3</sup> Повечето услуги, свързани с възможности за компенсиране, са напълно или частично покрити от застрахователни планове. В някои страни и региони частни здравни застрахователи са упълномощени да покрийт физическите и професионалните услуги за компенсация при професионални вредности; това обаче може да варира в широки граници и да има значителни доплащания, които не могат финансово да компенсират преживелите злокачествени болести. Достъпът до услуги за възстановяване зависи от уведомяването и от способността на доставчиците и служителите от администрацията да разработват планове за здравно осигуряване, така че те да бъдат ефикасно въведени от съответните служби.<sup>3,4</sup> Висококачествените доставчици имат задължение да гарантират навременни и предварителни уведомления и предписания за предоставяне на услуги, да разбират и развиват процесите, за да помогнат на пациентите при осмислянето на ползите в сложната система от графици. В момента съществуващата система в работата на националните или регионалните служби, сложните схеми на помощи и променливост на разходите в плановете за здравно осигуряване може да се окаже не-ефективен механизъм за връщане на работа.<sup>4</sup>

**Загуба на работа.** Най-широко използван метод за печелене на средства и намаляване на финансовите тежести е платената работа. Въпреки това, хората, преживели злокачествени болести, са изключително засегнати от загубата на работни места. Установено е, че вероятността лица, преживели онкологични болести, да се окажат след това безработни е 1.37 пъти по-голяма, отколкото при здрави (33.8% срещу 15.2%).<sup>5</sup> Установени са също така повишени рискове от безработица за лица, преживели карцином на гърда, тумори на гастроинтестинален тракт, както и тумори на женски полови органи. При преживели левкемия, простатен карцином и тумори на тестиси не се отбелязва по-висок риск от безработица. Индивиди с малигнени болести, които живеят в страни и периоди с високи темпове на безработица, са изложени на риск. Данните са събирани преди настоящото влошаване на световната икономика; продължават експертни проучвания дали и към настоящия момент тази разлика продължава да се разширява. Мета-анализ върху предиктори за завръщане на работа и заетост на преживели онкологична болест показва, че търсенето на работни места (например тежка физическа работа) може да създаде бариера за хората, преживели тумори, да се върнат на работа.<sup>6, 7, 15</sup> Тежката физическа дейност и химиотерапията са свързани негативно с връщане на работа. По-малко инвазивната хирургия е положително свързана с връщането на работа, а преживели карцином на гърда имат най-голям шанс. Възрастта, ниското образование и доходи са също негативни предпоставки за трудова заетост. При женски пол е установена негативна корелация. Въз основа на тези констатации ограниченият брой прогностични фактори за завръщане на работа и заетост могат да бъдат идентифицирани още по време на диагнозата за тумор. Клиницистите трябва да са наясно с тези фактори и да обмислят възможности за ранна рехабилитация, дори за превенция на пациентите; това е необходима стъпка към развитие на интервенции, които включват медицински и други професионалисти, в усилията

да се подобри работата и участието на хората, преживели тумори. Необходимостта от подобряване на усилията на онкологичните специалисти, доставчици на първична медицинска помощ, както и специалисти в здравеопазването в процеса за връщане на работа е от съществено значение за успеха.<sup>7</sup>

**Прогностични фактори за връщане на работа.** Интервенциите, насочени към запазване на настоящата работа на пациентите и осигуряването на приходи, са три групи: (1) интервенции по запазване на заетост или престой по време на работа (прехабилитация), (2) интервенции, насочени към завръщане на работа (рехабилитация) и (3) дейности, насочени към пациенти в палиативна фаза. Принципът на понятието *престой по време на работа* или *прехабилитация* е превенцията. В случай на злокачествена болест и работа става дума за третична превенция. Когато са налице изброените две като цел на превенцията (предотвратяване на болестта), третичната превенция е насочена към минимизиране на въздействието на тумора. Терминът *третична превенция* често се концептуализира като превенция, свързана с грижа, и има три цели: (1) предотвратяване на усложнения, (2) стабилизиране на болестта и (3) намаляване на последиците от загуба на мобилността или сензорните функции. Още през 2009 г. в Холандия стартира мащабна рехабилитационна изследователска програма за грижи при пациенти с онкологични болести; целта ѝ е да бъдат подкрепени доказателствата за приноса от пряка и начална физическа рехабилитация като физическа форма на психическо здраве и фактор за връщане на работа. Програмата не изисква допълнителни знания и умения на лекари, физиотерапевти и други доставчици на здравни услуги, но времето на интервенциите е иновативно и е необичайно за рехабилитация (стартира с очакване на бъдещи усложнения) и като прехабилитация не се покрива от основното здравно осигуряване. Така холандските доставчици на здравни услуги са изправени пред предизвикателството да



търсят алтернативни начини за финансиране на прехабилитационната част. Възможността пациентите да останат на работа по време на лечението се оказва интересна алтернатива за работодателите или застрахователните фирми по заетостта. Има известни доказателства, че рехабилитацията или професионалната терапия ускоряват частично завръщането на работа, но липсват доказателства за пълно и за стабилно завръщане на работа. В клиничната част на програмата са оценени ефективността на интервенциите, състоянието на най-съвременните упражнения по отношение на физическата форма и умора. Оценяват се също и интервенции, целящи възстановяване на психосоциална работа и качеството на живот в специални групи пациенти със специфичен тумор, вкл. и наследствен. Определянето на икономическата ефективност на тези интервенции е също част от програмата. Втората ѝ част фокусира веб-базирани интервенции за увеличаване преживяемостта на пациенти, които се връщат на работа, интервенции за укрепване на общественото им положение, домашна рехабилитация на тумори и изпълнение на програми за клинични грижи, насочени към физически упражнения. Подобни проучвания и програми съществуват и в други европейски страни.<sup>8, 15</sup>

**Дейности при пациенти в палиативна фаза.** Доказателства за ефективност на работа и на интервенции за връщане на работа при пациенти в палиативна фаза липсват. Въпреки това, от гледна точка на пациентите със сигурност има голяма нужда от интервенции, основани на доказателства. Пациентите в стабилна палиативна фаза могат да живеят в продължение на много години и разходите за тяхната палиативна поддръжка да се увеличат. Голяма част от тях могат да загубят работата си, тъй като не могат да работят като продуктивни сътрудници. Някои от пациентите в терминална палиативна фаза биха могли да поискат да завършат работната си кариерата с достойнство; често настояват да завършат последния си проект или да инструктират колега,

който да поеме работата им. В тези случаи рехабилитацията на болестта би могла да помогне при определяне и постигане на индивидуални цели през тези няколко месеца, така че да се даде възможност на пациентът да живее пълноценно.<sup>9, 12</sup>

**Компенсация при професионални вредности.** Понякога онкологичните болести са свързани с професионални вредности. Лекарите не рядко са изправени пред проблема за връзката между болест и работа. През 1981 г. е представен доклад с данни, че 4% от смъртните случаи от тумори в САЩ се дължат на някои професии; над 25 години след този пилотен доклад статистическите му показатели се използват в много европейски страни като основа за оценка на тежестта на професионално провокирани тумори.<sup>10, 11</sup> През 2005 г. е предприето подобно изследване във Великобритания; установено е, че 5.3% (8.2% при мъже и 2.3% при жени) от смъртните случаи с тумори, регистрирани през 2005 г., може да се дължат на минала професионална експозиция. От друга страна, 4.0% (5.7% при мъже и 2.1% при жени) от всички новооткрити видове онкологични болести през 2004 г. във Великобритания също се приписват на професионална експозиция. В много европейски страни са утвърдени схеми за финансова компенсация при доказани професионални вредности. При диагностициране е необходимо клиницистите да обмислят възможност за професионална зависимост на онкологичната болест; това не се отнася само за работещи на пълен работен ден, но и за почасово заети и пенсионери, тъй като злокачествена болест, свързана с излагане на канцерогени, често отнема много години, за да стане забележима. Голям брой институции в много европейски страни са на разположение за експертна оценка и медицинските специалисти могат да изпращат свои пациенти, които имат претенции за оценка на професионално предизвикана онкологична болест. Схемите за компенсиране могат да помогнат при облекчаване на финансовите проблеми на пациентите и да бъдат използвани за заплащане на допълнителни разходи, които не се покриват от здравното осигуряване или от допълнителна здравна застраховка.<sup>13, 14</sup>

**В**

- При всички онкологични пациенти се препоръчва оценка на прогностични фактори за връщане на работа.
- Препоръчва се изработване и финансиране на национални и регионални програми за работодателите, включващи рехабилитационни интервенции за запазване (при целесъобразност) на настоящата работа на онкологични пациенти и осигуряване на приходи (прехабилитация).
- Препоръчва се създаване на нормативна уредба за експертна оценка и финансова компенсация на туморни болести, свързани с професионални вредности.



*Ограниченият брой прогностични фактори за завръщане на работа и заетост трябва да бъдат идентифицирани още по време на диагностициране на тумор; клиницистите трябва да са наясно с тях и да обмислят възможности за ранна рехабилитация или превенция на усложнения при пациентите.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. ESMO Handbook of rehabilitation issues during cancer treatment and follow-up. Henk van Helteren, ESMO Press, 2014. European Society for Medical Oncology ISBN: 978-88-906359-5-3
2. Alfano CM, Ganz PA, Rowland JH, Hahn EE. Cancer survivorship and cancer rehabilitation: revitalizing the link. *J Clin Oncol* 2012; 30: 904-906
3. Amir Z, Brocky J. Cancer survivorship and employment: epidemiology. *Occup Med (Lond)* 2009; 59: 373-377
4. Chen Y. Occupational Cancer in Great Britain 2013. Health and Safety Executive, January 2014. Available at: [www.hse.gov.uk/statistics/causdis/cancer/cancer.pdf](http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/cancer/cancer.pdf).
5. Chinapaw MJ, Buffart LM, van Mechelen W, et al. Alpe d'HuZes cancer rehabilitation (A-CaRe) research: four randomized controlled exercise trials and economic evaluations in cancer patients and survivors. *Int J Behav Med* 2012; 19: 143-156
6. de Boer AG, Taskila T, Ojajärvi A, et al. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA* 2009; 301: 753-762
7. de Boer AG, Taskila T, Tamminga SJ, et al. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (2): CD007569
8. Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst* 1981; 66: 1191-1308
9. Kent EE, Forsythe LP, Yabroff KR, et al. Are survivors who report cancer-related financial problems more likely to forgo or delay medical care? *Cancer* 2013; 119: 3710-3717
10. Lötters FJ, Foets M, Burdorf A. Work and health, a blind spot in curative health-care? A pilot study. *J Occup Rehabil* 2011; 21: 304-312

11. Santa Mina D, Clarke H, Ritvo P, et al. Effect of total-body prehabilitation on postoperative outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy* 2014; 100: 196-207
12. Silver JK, Baima J, Newman R, et al. Cancer rehabilitation may improve function in survivors and decrease the economic burden of cancer to individuals and society. *Work* 2013; 46: 455-472
13. Stump TK, Eghan N, Egleston BL, et al. Cost concerns of patients with cancer. *J Oncol Pract* 2013; 9: 251-257
14. Timmons A, Gooberman-Hill R, Sharp L. "It's at a time in your life when you are most vulnerable": a qualitative exploration of the financial impact of a cancer diagnosis and implications for financial protection in health. *PLoS One* 2013; 8 (11): e77549
15. van Muijen P, Weevers NL, Snels IA, et al. Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2013; 22: 144-160

### 1.5. “ИЗПЕПЕЛЯВАНЕ” (БЪРНАУТ) ПРИ ОНКОЛОЗИ – ОЦЕНКА И КОНТРОЛ

*Екатерина Виткова, Елена Атанасова*

Онкологичната практика е една от най-трудните и стресиращи области на медицина. Онколозите ежедневно са изправени пред предизвикателства, свързани с живота и смъртта, прилагат силно токсични терапии, трябва да се справят с бързия темп на развитието на науката онкология, в същото време трябва да бъдат внимателни в комуникацията с пациентите при осигуряването на медикаментозно и палиативно лечение. Това ги поставя в ежедневни ситуации на стрес. Професионалният стрес действа продължително върху човек и има последствия, които могат да се проявят след дълъг период от време. Стресът на работното място може да се дефинира като състояние, при което професионалните фактори взаимодействат с човека, принуждавайки го да промени своето психично и/или физиологично състояние по начин, който отклонява личността от нейното нормално функциониране и води до професионално изчерпване (бърнаут). Този термин за първи път е въведен в психологическата литература през 70-те години на XX век от американския психоаналитик *Herbert Freudenberger* и от социалния психолог *Cristina Maslach*.<sup>1</sup> Според съвременните проучвания нараства значително броят на специалистите, засегнати от бърнаут. Той се оказва една от най-новите болести на модерния свят. Проявява се тогава, когато тялото отказва да приема и понася повече психическо напрежение и се „предава”. Най-често бърнаут се определя от чувство за емоционална и физическа умора или изтощение, отпадналост и хронично енергийно изчерпване на ресурсите, продикувани от неспрестанно излагане на стрес в работната среда. От професионално изчерпване най-често страдат високо квалифицирани специалисти на възраст между 35 и 55 години.<sup>2,3</sup> Най-нови изследвания<sup>4</sup>, свързани със

синдрома на бърнаут, сочат, че той се проявява при 35% от онколозите-интернисти, 38% при лъчетерапевтите онколози и 28-36% сред хирургичните онколози. Клиницисти, които се грижат за тежко болни пациенти, са изправени пред висок риск от намаляване на личното благополучие, включително емоционално изчерпване, морално страдание и умора от състрадание. Те страдат от прогресивна загуба на идеализъм, енергия и цели в резултат на спецификата на условията на тяхната работа.<sup>4,5</sup> Нивата на основните характеристики на синдрома на бърнаут сред медицински специалисти, работещи с онкологични пациенти, са високи. До 69% от онколозите преживяват емоционално изтощение, 10-25% изпитват дехуманизация, която се проявява под форма на цинизъм и грубо отношение, и 33-50% от лекарите по палиативни грижи отчитат неефективност.<sup>5</sup> Всички лекари могат да бъдат изложени на риск от “изпепеляване” в резултат на естеството на работата. За проявата му имат отговорност и личностни характеристики.<sup>5,6</sup> Според британски проучвания<sup>6</sup> от 28% до 45% от онколозите развиват синдром на бърнаут. Това може да повлияе негативно върху грижата за пациента, върху взаимоотношенията лекар-пациент, върху личните взаимоотношения, може да доведе до лекарствена пристрастеност и дори до самоубийство.<sup>6-8</sup>

Синдромът на бърнаут най-често се измерва чрез *Maslach Burnout Inventory (MBI)*.<sup>9</sup> Стратегиите за избягване и намаляване на бърнаут включват обучение по „грижа за себе си”, подържане на личностен физически и психически баланс, медитация, поведенческа промяна.<sup>9-11</sup> Организационните стратегии могат да създадат култура за превенция на стрес, което намалява вероятността от развитие на „изпепеляване”.<sup>12-14</sup> Персоналните стратегии, свързани с „грижа за себе си”, включват<sup>15</sup>: (1) приоритет на отношенията с близките, като например тези със семейството; (2) поддържане на здравословен начин на живот чрез осигуряване на достатъчно сън, редовни физически упражнения и време

за почивка; (3) насърчаване на дейности, свързани с отиди и хоби; (4) практикуване на релаксация и медитация; (5) продължаване на духовното развитие. Широко достъпен инструмент за копинг-стратегии за емоционално „изпепеляване“ е т.нар. уелнес (wellness)<sup>16</sup>, който обхваща шест области – физическа, интелектуална, емоционална, духовна, социална и професионална. Това позволява на човек да разсъждава върху текущия баланс на живота и грижата за себе си. Лица, използващи такъв инструмент, могат да подобрят удовлетвореността от работата си и общото психично благосъстояние,

снижавайки нивата на стрес и изтощение. Персоналните и професионални стратегии са полезни за снижаване нивата на професионално „изпепеляване“ сред онколози. Те включват индивидуална и екипна грижа и имат потенциал не само да намалят вредата, свързана с умора от състрадание и морално страдание, но имат значение и за укрепване на личностното и професионално благополучие. Организационните стратегии могат да създадат култура, която е по-малко стресираща и ограничаваща възможността за развитие на професионално „изпепеляване“ сред онколози.<sup>17,18</sup>

**В**

- В онкологични колективи се препоръчва: (1) периодичен скрининг за синдром на „изпепеляване“ чрез специализирани анкети и (2) превенция на синдрома на „изпепеляване“ чрез стратегии за лична грижа за себе си и копинг (стратегии за справяне) с цел постигане на уелнес (благополучие).
- При онколози със симптоми на „изпепеляване“ се препоръчва оценка от психолог с *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, обхващащ три дименсии: (1) емоционално изтощение; (2) деперсонализация (дехуманизация); (3) намалена работоспособност.



- Организационните стратегии за избягване и намаляване на „изпепеляване“ трябва да включват: обучение по „грижа за себе си“, подържане на личностен физически и психически баланс; те могат да създадат култура за превенция на стрес, което намалява вероятността от развитие на „изпепеляване“.
- Широко достъпен инструмент за копинг на емоционално „изпепеляване“ е т.нар. уелнес (wellness), който обхваща шест области – физическа, интелектуална, емоционална, духовна, социална и професионална.
- Провеждането на Балинтови групи от обучени лидери с медицинския персонал, работещ с онкологично болни пациенти, е ефективна форма за превенция на емоционалното изтощение и разгръщане на синдрома на професионално „изпепеляване“; в процеса на групата става възможно да се експресират преживяванията, да се обсъдят т.нар. „трудни пациенти“ и да се решат проблемите от мултидисциплинарен характер.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occ Behav* 1981; 2: 99-113
2. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol* 2013; 31: 461-467
3. Kearney MK, Weininger RB, Vachon ML, et al. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to my survival" *JAMA* 2009; 301 (11): 1155-1164
4. Grunfeld ET, Whelan TJ, Zitzelsberger L, et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000; 163 (2): 166-169
5. Asai M, Morita T, Akechi T, et al. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology* 2007; 16 (5): 421-428
6. Linzer M, Rosenberg M, McMurray JE, Glassroth J. Respecting the lifecycle: Rational workforce planning for a section of general internal medicine. *Am J Med* 2002; 113 (5): 443-448
7. Hayashino Y, Utsugi-Ozaki M, Feldman MD, Fukuhara S. Hope modified the association between distress and incidence of self-perceived medical errors among practicing physicians: prospective cohort study. *PLoS One* 2012; 7 (4): 513-519
8. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 71 (6): 1263-1269
9. Swetz KM, Harrington SE, Matsuyama RK, et al. Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment. *J Palliat Med* 2009; 12 (9): 773-777
10. Wetterneck TB, Linzer M, McMurray JE, et al. Worklife and satisfaction of general internists. *Arch Intern Med* 2002; 162 (6): 649-656
11. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397-422
12. Sanchez-Reilly S, Morrison LJ, Carey E, et al. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *J Support Oncol* 2013; 11: 75-81
13. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, et al. Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Arch Surg* 2011; 146 (2): 211-217
14. Bowman J. Dealing with job stress: peer support, time management, and self-care are key. *Prof Case Manag* 2007; 12 (5): 252-253
15. Shanafelt TD, Novotny P, Johnson ME, et al. The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. *Oncology* 2005; 68 (1): 23-32
16. Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, et al. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: A quantitative and qualitative study. *Holist Nurs Pract* 2004; 18 (6): 302-308
17. Puchalski CM, Guenther M. Restoration and re-creation: spirituality in the lives of healthcare professionals. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012; 6 (2): 254-258
18. Vanderbilt University. Wellness Wheel. Wellness Resource Center; [Accessed September 1, 2012]. Available at: [www.vanderbilt.edu/studentrec/wellness/wellness-wheel/](http://www.vanderbilt.edu/studentrec/wellness/wellness-wheel/).

**1.6. ПРАВА НА ОНКОЛОГИЧНИТЕ ПАЦИЕНТИ***Златица Петрова*

В началото на ХХ век за първи път законово се уреждат правоотношения, свързани с взаимодействието на лекар и пациент, основаващи се на принципите на човешко достойнство, справедливост и безпристрастие, солидарност, професионална етика. При създаването на Световната здравна организация (WHO) през 1946 г. се отбелязва следното: *Постигането на най-високо достижимите стандарти на здравето е едно от фундаменталните права на всяко човешко същество*. Днес правната уредба на правата на пациентите е застъпена широко навсякъде по света. Конвенция на Съвета за Европа за човешките права и биомедицина *член 1* гласи: *да защитава достойнството и идентичността на всички човешки същества и уважава техния интегритет и други фундаментални права и свободи*. В същия документ са формулирани и други права: съгласие за лечение, частен живот и право на информация, контрол върху генетиката и забрана на дискриминация, научни изследвания, отстраняване на органи и тъкани от живи донори за трансплантация. Съветът на Европа е приел и допълнителни протоколи за клониране, трансплантация и биомедицински изследвания.

Европейската конвенция за човешки права е приета от (ECHR) през 1950 г. Много страни, членки на Европейски съюз (ЕС), които са субект на конвенцията, са подписали протоколи, даващи възможност на отделни граждани да представят случаи пред Европейския съд за човешки права относно статуса на фетуса и аборта, разпределение на ресурси в здравните системи, право на смърт, право на свобода и сигурност в контекста на психическо здраве, право на неприкосновеност при разглеждане на репродуктивни права, право на сключване на брак и създаване на семейство.

Европейската социална харта (ревизирана през 1996 г.) в *член 11* определя следното: *право на защита на здравето – да се осигуряват заведения за образование и съвети по укрепване на здравето; възможна превенция на епидемични, ендемични и други болести, както и инциденти, което е „негативно право“*. Харта 2000 на ЕС за фундаментални права има седем заглавия и съдържа цялата философия на документа: достойнство, свобода, равенство, солидарност, гражданско право, правосъдие и общи заключения. В европейската правна система, като цяло, могат да се обособят два законодателни подхода. В някои държави съществуват специални самостоятелни закони за правата на пациентите; в други случаи пациентските права са уредени комплексно, но в общи нормативни актове. Пациентските права с по-широка международна приложимост нямат абсолютен характер; към тези универсални права се отнасят: право на достъп до медицинска услуга, право на качествено медицинско обслужване, право на избор на лекуващ лекар, право на избор на здравно заведение, право на свободно напускане на здравно заведение, право на пациента да бъде информиран, право на информирано съгласие, право на поверителност на информация, свързана с пациента, право на личен живот, право на трансплантация или отказ от трансплантация на органи и продукти от човешко тяло, право на жалба и обезщетение.

Към втората условна група може да се причислят онези пациентски права, чието приложение е ограничено в специфични национални правни рамки. Такива права са: право на пациента да бъде представляван от пациентски асоциации, право или отказа от биомедицински изследвания, право на свободно изразяване на мнение за медицинското обслужване в здравното заведение, права на пациента за възпроизвеждане, права по време на научни изследвания или експериментално лечение, право пациентът да бъде или да не бъде в контакт с други лица по време на предоставяне на болнична помощ, право на

аборт, право на медицинска стерилизация и много други. В българското законодателство основна част от общите права на пациентите са уредени в Закона за здравето, като общ, комплексен закон.<sup>13</sup> В глава 3 от Закона за здравето, озаглавена *Медицинско обслужване*, е уреден отделен раздел, озаглавен *Права и задължения на пациента*. В общия закон се уреждат и редица механизми за защита на правата на пациентите като: Обществен съвет по правата на пациента (чл. 86а от Закон за здравето), пациентски организации в качеството им на граждански представители на групи пациенти, защита правата на пациентите пред Регионалните здравни инспекции; административен способ за защита се осъществява и чрез Изпълнителна агенция *Медицински одит*.

Правата на онкологичните пациенти са както общи, съотносими към гореописаните, така и специфични за българското законодателство – здравни и социални. Универсалното право на пациента да получи качествена медицинска помощ и правото на информираност създава възможност той да бъде участник при вземане на решение за диаг-

ностиката и лечението му. В ерата на научни открития и авангардни терапии мнението и отношението на пациента придобиват все по-голямо значение<sup>10</sup>, защото са величини, неизследвани до момента, но несъмнено приемани за фактор при оценка на отговора към терапия и дори за приживяемостта при онкологично болни. Затова пациентът става определяща страна в процеса на лечение, като се определят нуждите и отношението му към лекарствената терапия – как те са свързани с характеристиката на пациента и динамиката им в хода на лечение.

Познаването на факторите, определящи предпочитанията или избора на пациента, е необходимо при ръководене на болния в процеса на вземане на решение. Четири фактора, определени от *Richards et al.*<sup>15</sup> повлияват взимането на решение при онкологични пациенти: отношението на пациентите и надеждите им, отношението на лекаря, начинът, по който информацията е представена, и тежестта на риска и ползата от различни терапевтични режими.

**C**

- Препоръчва се използване на предпочитанията на пациента като индикация за избор на лечение.
- Управлението на процеса за вземане на решение, отчитайки правата на онкологичните пациенти, се препоръчва да се определя от: (1) отношение на болните и техните очаквания; (2) отношение на лекаря; (3) начин на предоставяне на информация и тежест на риска и (4) полза от различни терапевтични режими.



- Универсалното право на пациента да получи качествена медицинска помощ и правото на информираност създава възможност той да бъде участник при вземане на решение за диагностиката и лечението му.





■ *Отношението на пациента към прилаганото му лечение извежда на преден план значението на нагласата на болния към съответната терапия и макар да не предлагат еднозначен отговор, до известна степен влияят върху изхода от лечението и преживяемостта.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ангелова Л, Наръчник на пациента с онкологични заболявания, АПОЗ, 2010
2. Закон за здравето. Сборник нормативни актове, 4 издание, Сиби
3. Закон за лечебните заведения. Сборник нормативни актове, 4 издание, Сиби, 2011
4. Закон за здравното осигуряване. Обн. ДВ, бр. 70 от 19 юни 1998 г. и изменения
5. Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина. Обн. ДВ, бр. 31 от 13 април 2007 г. и изменения
6. Закона за трансплантацията на органи, тъкани и клетки. Обн. ДВ, бр. 83 от 19 септември 2003 г. и изменения
7. Конституция на Р България. 1992 г.
8. Петрова, Зл., С. Генов. Управление на здравната система. *Хелт медия*, София, 2013, стр. 2010-2016
9. Чилингинова, Н. Нови подходи в лечението на рака на белия дроб. Проект на дисертационен труд, 2015
10. Yusuf RA, et al. Attitudes toward molecular testing for personalized cancer therapy. *Cancer* 2015; 121 (2): 243-250
11. Sneeuw KC, et al. Evaluating the quality of life of cancer patients: assessments by patients, significant others, physicians and nurses. *Br J Cancer* 1999; 81 (1): 87-94
12. Lindley DL, Sauls A, McCune J, et al. Patient perception of the impact and magnitude of the side-effects of chemotherapy: the Coates study revisited (abstract). ASCO Annual Meeting, 1996
13. Lindley C, et al. Perception of chemotherapy side effects cancer versus noncancer patients. *Cancer Pract* 1999; 7 (2): 59-65
14. Stiggelbout AM, de Haes JC. Patient preference for cancer therapy: an overview of measurement approaches. *J Clin Oncol* 2001; 19 (1): 220-320
15. Richards MA, et al. Offering choice of treatment to patients with cancers. A review based on a symposium held at the 10th annual conference of The British Psychosocial Oncology Group, December 1993. *Eur J Cancer* 1995; 31a (1): 112-116
16. Jansen SJ, et al., Stability of patients' preferences for chemotherapy: the impact of experience. *Med Decis Making*, 2001. 21(4): p. 295-306.
17. Maher, E.J., et al. Treatment strategies in advanced and metastatic cancer: differences in attitude between the USA, Canada and Europe. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992; 23 (1): 239-244
18. Flood AB, et al. The importance of patient preference in the decision to screen for prostate cancer. Prostate Patient Outcomes Research Team. *J Gen Intern Med* 1996; 11 (6): 342-349
19. McQuellon RP, et al. Patient preferences for treatment of metastatic breast cancer: a study of women with early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 1995; 13 (4): 858-868
20. Yellen SB, Cella DF. Someone to live for: social well-being, parenthood status, and decision-making in oncology. *J Clin Oncol* 1995; 13 (5): 1255-1264

21. Fetting JH. Psychosocial aspects of breast cancer. *Curr Opin Oncol* 1991; 3 (6): 1014-1018
22. Siminoff LA, Fetting JH. Factors affecting treatment decisions for a life-threatening illness: the case of medical treatment of breast cancer. *Soc Sci Med* 1991; 32 (7): 813-818
23. Cassileth BR, et al. Informed consent -- why are its goals imperfectly realized? *N Engl J Med* 1980; 302 (16): 896-900
24. Cassileth BR, et al. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med* 1980; 92 (6): 832-836
25. Llewellyn-Thomas HA, McGreal MJ, Thiel EC. Cancer patients' decision making and trial-entry preferences: the effects of "framing" information about short-term toxicity and long-term survival. *Med Decis Making* 1995; 15 (1): 4-12
26. McNeil BJ, et al. On the elicitation of preferences for alternative therapies. *N Engl J Med* 1982; 306 (21): 1259-1262
27. Larsson G, Haglund K, Von Essen L. Distress, quality of life and strategies to 'keep a good mood' in patients with carcinoid tumours: patient and staff perceptions. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2003; 12 (1): 46-57
28. <http://http://oncobg.info/files/nar12.doc.pdf>

## **2** Рехабилитация по време на антитуморна терапия



**2.1. ОРГАНИЗАЦИЯ НА РЕХАБИЛИТАЦИЯТА****2.1.1. Скрининг, планиране и оценка на рехабилитация***Николай Йорданов*

Онкологичната болест в максимална степен нарушава способностите на болния да вършва своите обичайни ежедневни дейности. Така възможностите на онкологичните пациенти да се грижат за себе си, да работят и да водят нормален живот в значителна степен са нарушени. Рехабилитацията в онкологията има за цел да повиши в максимална степен функционалната годност на пациента, да промотира неговата независимост и да му помогне да се адаптира към новите условия, предизвикани от болестта и нейното лечение.<sup>1</sup> Рехабилитацията предлага начини за повишаване на качеството на живот (КнЖ) на болния без значение от очакваната продължителност на живота. Нейна основна цел е да запази достойнството на пациента и в максимална степен да намали негативното влияние, което онкологичната болест оказва върху физическото, психосоциалното и икономическото му функциониране. Значението на прилагане на рехабилитационни мероприятия непрекъснато нараства и те се разглеждат като съставна и неразделна част от грижите за пациента.<sup>2,3</sup> Рехабилитацията бива превантивна, възстановителна, подкрепяща и палиативна.<sup>4</sup> Не трябва да бъде разглеждана като самостоятелен стадий или отделна форма на лечение, а трябва да се превърне в интегрална част

от лечебните и социални грижи.<sup>4</sup> Рехабилитационните интервенции се изпълняват от мултипрофесионални и мултидисциплинарни рехабилитационни екипи, под ръководството на лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина. Тези екипи включват (1) рехабилитатор/кинезитерапевт; (2) диетолози и специалисти по хранене; (3) специалисти по трудотерапия; (4) говорни специалисти и логопеди; (5) психолози и сексолози; (6) специалисти, обучени в оказване на грижи за стомирани болни и болни с лимфедем.<sup>2</sup> Независимо че индивидуалните нужди на отделните пациенти са различни, на даден етап от боледуването всички болни имат нужда от рехабилитация, ето защо техните нужди трябва да бъдат разглеждани като идентични с тези, които провеждат активно или палиативно лечение и активни терминални грижи.<sup>2,5</sup>

**Цели.** Основните цели са насочени към<sup>2, 4</sup>: (1) нуждите от рехабилитация да бъдат оценявани в хода на боледуването, като се обърне специално внимание на определени етапи, които са от особено значение както за болния и неговото семейство, така и за здравните професионалисти; такива моменти са: (i) поставянето на диагноза, (ii) започване на лечение, (iii) завършване на планирано лечение, (iv) изписване след болнично лечение, (v) прекратяване на активно лечение, (vi) навлизане в терминална фаза и подготовка за посрещане на смъртта; (2) болните трябва да получат план за активна рехабилитация, който да включва: (i) оценка на състоянието, (ii) определяне на цели, (iii) планиране на грижи, (iv) оценка на резултати, (v) болни, при които се установява спешна нужда от провеждане на рехабилитационни мероприятия, и час за консултация със съответния специалист; (3) екипите, оказващи грижи за онкологични пациенти, трябва да преминават обучение за разпознаване на нуждите и осигуряване на рехабилитационна подкрепа.

**Преглед.** Рехабилитационните нужди на всеки онкологичен пациент трябва да бъдат оценявани с помощта на стандартизиран инструмент, използван от всички ангажирани в лечението в определени ключови етапи от траекторията на неговото боледуване. Рехабилитационните звена трябва да бъдат така организирани, че да се гарантира широк обем от експертна помощ, която да насърчава да се работи в тясно сътрудничество с мулти-професионални екипи. Достъпът до външни специалисти трябва да бъде ясно дефиниран за всеки етап от боледуването посредством съставяне на критерии за консултиране и лечение, като се предвиди и възможност болният сам да потърси достъп. Трябва да бъдат разработени програми за обучение, постигащи определени нива на компетентност. Всички специализирани звена, които извършват рехабилитация, трябва да извършват дейността си в рамките на правила, основани на медицината на доказателствата, които да позволят оценяването на качеството на предоставяните от тях услуги.

**Изграждане и оказване на рехабилитационни грижи. Специфични препоръки.** Лечебните заведения, провеждащи рехабилитация на онкологични пациенти, трябва да предоставят рехабилитационни услуги в обем и обхват, достатъчен да задоволи нуждите на населението в конкретен регион. Звената по рехабилитация трябва да осигурят своевременно достъп на болните до следните специалисти: лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина за оценка на рехабилитационни нужди, квалифициран рехабилитационен екип, състоящ се от рехабилитатор/кинезитерапевт, квалифициран за лечение на лимфедем, диетолог, ерготерапевт, психолози за психологическа и сексуална консултация, логопед, специалист по грижи за стомирани болни, стоматолог и други квалифицирани специалисти-консултанти според специфичните нужди. Лицата, оказващи грижи, трябва да бъдат уверени, че на болните с идентифицирани рехабилитационни нужди ще бъде осигурено подходящо ниво на подкрепа. Това налага използване

на единен инструмент за оценка на рехабилитационните нужди. Последният трябва да се прилага във всички звена и трябва да включва: оценка на нутритивен статус, мобилност, самостоятелни грижи и нужда от помощ в ежедневието, оценка на орално здраве, справяне у дома с дейности на ежедневието (ДЕЖ), работа и свободно време.

Всеки център трябва да осигури лице, което да идентифицира и координира задоволяването на рехабилитационни нужди, работещо в сътрудничество с рехабилитационните звена. Лекарят по физикална медицина и рехабилитация разработва и прилага стратегия, която да гарантира идентифициране и задоволяване на рехабилитационни нужди на всеки отделен пациент в различни етапи от неговото боледуване, посредством използване на единен инструмент за скрининг. Изработва критерии за консултиране и лечение, гарантиращи, че нуждите на болния ще бъдат най-пълно задоволени от специалист с подходящо ниво на компетентност. Осигурява възможност на медицински специалисти, оказващи базово ниво на медицински грижи, а при определени конкретни ситуации – и на самия болен за идентифициране на рехабилитационни нужди, възможност за специализирана консултация и насочване за лечение. Идентифицира целевото време за достъп до необходими услуги, звена, оборудване във всяко едно ниво. Запознава се със съществуващи програми за рехабилитация и предлага нужни корекции, за да отговорят максимално на нуждите на онкологичните пациенти. Участва в одита на качеството на предлаганите рехабилитационни услуги. Звената трябва да предлагат комплексни рехабилитационни услуги за всички болни ежедневно, съобразено с работното време и работната седмица. Болният трябва да получи график за провеждане на лечението.

**Модел за определяне и оценка на индивидуални рехабилитационни нужди.** Трябва да бъде разработен и приложен във всяка структура, която оказва грижи за онколо-

гични пациенти. Моделът включва прилагането на единен стандартен инструмент за оценка, критерии за консултация и лечение и трябва да бъде интегриран към другите процеси за изследване и оценка. Болните задължително трябва да бъдат оценявани в определени ключови моменти от хода на тяхното боледуване, каквито са завършването на планирано лечение, навлизане в терминална фаза при промяна на обстоятелствата.

**Път на онкологичния пациент.** Пътят на болния вътре в дадено ниво и между нива на оказване на помощ трябва да бъдат добре регламентирани, като се предвиди възможността той сам да потърси специализирана помощ при определени случаи (Табл.1). Лицата, участващи на всяко ниво, и техните функции са следните: (1) първо ниво – включва лица, оказващи ежедневни грижи, включително болните и техните болногледачи; нуждите на болните се оценяват с помощта на стандартизиран инструмент за оценка; могат да се оказват базови интервенции и/или болният да се насочи към следващо ниво за консултация и грижи; (2) второ ниво – от специалисти от мултипрофесионален екип,

които нямат базово обучение за оказване на грижи за онкологично болни; нуждите от рехабилитация могат да бъдат удовлетворени посредством консултиране с подходящи специалисти от същото ниво или за насочване към по-опитни специалисти от следващо ниво; (3) трето ниво – специалисти в областта на рехабилитацията, преминали базово обучение за оказване на рехабилитационна подкрепа; оказват услуги, изискващи специализирани знания за болестта и нейното лечение; специалистите от това ниво могат да оказват консултативна помощ в няколко центрове; (4) четвърто ниво – включва добре подготвени специалисти, които работят предимно или основно с онкологични пациенти и осигуряват експертна помощ при ясно дефинирани специфични нужди; експертите от това ниво следва да са преминали специализирано обучение за задоволяване на рехабилитационни нужди. Здравни специалисти със съответното ниво на подготовка могат да изпълняват определени задачи при оказване на рехабилитационни грижи от второ, трето, четвърто ниво. Такива могат да бъдат специално обучени специалисти по здравни грижи за оказване на грижи за стомирани, болни с лимфедем или с изразена диспнея.

Таблица 1. Нива, нужди, групи и интервенции при онкологична рехабилитация.<sup>4</sup>

Ниво	Примерни нужди	Групи, осигуряващи информацията	Оценка	Интервенции
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прости техники за запазване на енергията и жизнеността</li> <li>• Съвети за диета и хранене от първо ниво</li> <li>• Съвети за грижи за кожата и профилактика на лимфедем</li> </ul>	Оценка на пациенти и болногледачи Членове на медицински екип, оказващи грижи	Разпознаване на нужди от помощ и подкрепа с помощта на стандартизиран инструмент за оценка	Базови интервенции, включващи обучение за самостоятелни грижи и основни инициативи от медицински екипи

2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постоперативна рехабилитация след хирургия на гърда</li> <li>• Диетични съвети за болни със специфични нужди при ентерално хранене</li> </ul>	Членове на мултипрофесионален екип	Рутинна оценка на рехабилитационни нужди	Интервенции при обичайни рехабилитационни нужди – постоперативно, при усложнения от противотуморно лечение или при текущи функционални нарушения
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постоперативна рехабилитация след хирургия на гърда</li> <li>• Диетични съвети за болни със специфични нужди при ентерално хранене</li> </ul>	Специализирана рехабилитационна помощ от специалисти с базово ниво на обучение в областта на онкологична рехабилитация	Оценка от специалисти за определяне на специфични рехабилитационни нужди и потребности	Интервенциите се извършват от специалисти със знания и умения в областта на етиология и лечение на тумори. Интервенциите изискват знания за въздействието, което онкологичната болест оказва върху болния.
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Грижи при компресия на гръбначен мозък</li> <li>• Гътателни проблеми при радикална операция на глава и шия</li> <li>• Поведение при усложнен лимфедем</li> </ul>	Специалисти, обучени и специално работещи с онкологични пациенти и преминали необходимите нива на подготовка	Специализирана оценка от най-високо ниво	Високоспециализирана помощ за специфични нужди след радикална операция при тумори на глава и шия, значителни функционални нарушения, комбинирано лечение или сложни нужди в терминална фаза

Резултът от оценката на рехабилитационните нужди трябва да бъде отразен в медицинското досие и представлява набор от индивидуални цели, които да са в основата на изготвения план за грижи. Болните трябва да играят основна роля при определяне на целите, както и в последващите оценки за определяне на нужда от корекции. В случаите на рехабилитационни нужди, които не могат да бъдат посрещнати в дадено звено, болният трябва да бъде насочен за консултация и лечение към специалист и звено, където те могат да бъдат удовлетворени. Болни, приключили активното противотуморно лечение, трябва да продължат достъпа си до рехабилитационно лечение за неопределен период от време и да бъдат уведомен как да го започнат. На първо място това са екипи, оказващи първично лечение; те трябва да осигурят възможност на болните да се подготвят за живота си след приключване на планирано лечение посредством подкрепа и съвет за възможности за работа, социална и психологическа подкрепа.

Последната може да бъде оказвана под различни форми, като групи за взаимопомощ, лице в лице консултация с членове от екипа или консултация със здравни и социални специалисти. За целта лицата, оказващи рехабилитационна подкрепа, трябва да работят в сътрудничество с пациентски организации и програми. Членовете на мултипрофесионалните екипи е желателно да присъстват на срещите на лекуващите екипи, например логопед или речев терапевт при болни с тумори на глава и шия или диетолог при болни с карцином на стомах и хранопровод. Доставчиците на рехабилитационни услуги трябва да осигурят подходящи условия и апаратура, която да гарантира достъпна, безопасна, ефективна и навременна рехабилитация. Желателно е да предвидят възможност за отдаване на апаратура под наем за продължаване на рехабилитацията в дома. Доставчиците трябва да докажат надеждни системи за предварително планиране на поръчки и срокове на доставка. Рехабилитационните екипи



трябва да осигурят специалисти, подпомагащи болните в максимална степен да възстановят обичаните си сексуални практики и сексуален живот.

**Специфични препоръки за развитие на човешките ресурси.** Всички здравни професионалисти трябва да преминат обучение по оценка на рехабилитационни нужди на онкологично болни. Трябва да бъде разработен основен курс, които да бъде преминат от всички специалисти, които оказват грижи от трето ниво. За специалисти, които биха искали да оказват грижи от четвърто ниво, трябва да се разработи специална програма за квалификация. „Каскадният“ модел на обучение е ефективен метод, който гарантира водеща роля на експерти по онкологична рехабилитация в разпространението на знанията и уменията в системата на онкологичната помощ. Необходимо е да се предвиди и съответно време, в което специалистите ще предават своите знания на останалите.

**Научноизследователска и развойна дейност.** Необходими са научни проучвания, за да се изследва ролята, компетенциите и постигнатите резултати от провеждана онкологична рехабилитация, включително и принос на мултидисциплинарния екип от специалисти.<sup>2,4</sup> Необходимо е да се определи какви модели на рехабилитация са най-ефективни при различни групи пациенти и как те най-добре да бъдат интегрирани с другите услуги. Липсват системно извършени изследвания, които да определят ефек-

тивността на отделни рехабилитационни интервенции при онкологични пациенти. Съществуващите анализират влиянието на различни интервенции върху отделни етапи от боледуването – диагноза, лечение, тласък на болестта, терминална фаза, както и засягат болни с различни форми на онкологична болест. Повечето от изследванията са провеждани в САЩ и Великобритания, но липсва системен обзор.

**Финансови ресурси.**<sup>4,2</sup> Поради липсата на методика за остойностяване на дейностите в медицината не може да се направи оценка на необходимите средства. Трябва да се предвидят средства за провеждане както на базово, така и на специализирано обучение. В България рехабилитацията на онкологично болни се осъществява в условията на болнична и доболнична помощ, но липсва адекватно финансиране, което ограничава достъпа на нуждаещите се. Програма за комплексна рехабилитация има изработена единствено за пациенти с карцином на гърда, които са оперирани и са без метастатична болест. Програмата използва финансиране от съществуващи клинични пътеки за рехабилитация на опорнодвигателен апарат и периферна нервна система по НЗОК; за остойностяване на психологическата и социална рехабилитация и други немедицински дейности се използва финансиране от Министерство на здравеопазването, като част от национални програми с приоритетно финансиране. Към момента няма одобрена клинична пътека за рехабилитация на онкологични пациенти.

**В**

- Препоръчва се комплексната рехабилитация на онкологични пациенти да започне максимално рано след поставяне на диагноза.
- Препоръчва се дефиниране на цели, задачи и инструменти на рехабилитационната програма от лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина спрямо индивидуалните нужди на пациентите, стадий на болестта, специфика на локализацията, период на лечение, коморбидност и усложнения от противотуморно лечение.

**В**

- За подобряване на физическото и емоционалното състояние на онкологични пациенти се препоръчват обучителни интервенции за физическа активност и умения за справяне с определени проблеми.
- За подобряване на функционалната годност, снижение на нивото на туморна умора и емоционален дистрес при болни, провеждащи химиотерапия и лъчелечение, се препоръчва прилагане на на програми с двигателни упражнения.
- За контрол на симптоми и подобрене на сексуалната активност при жени с карцином на гърда с признаци за менопауза се препоръчва структурирана оценка на състоянието, последвана от индивидуален план за обучение, консултиране, фармакологични и поведенчески мероприятия.
- За подобряване на моторната и когнитивната функция при хоспитализирани онкологични пациенти се препоръчват рехабилитационни интервенции.
- За справяне със стрес и физически симптоми (болка) или за подобряване на качеството на живот се препоръчва обучение в различни рехабилитационни техники.
- За насърчаване на онкологични пациенти за включване в предлагани рехабилитационни мероприятия се препоръчва помощ, оказвана им от други болни.
- За физически или психологически проблеми при пациенти с карцином на гърда и колоректален карцином, приключили активното лечение, се препоръчва професионална рехабилитация, включваща информация за болестта, диетата и методите за по-добро справяне с новите обстоятелства, адекватна физическа активност и професионална рехабилитация.
- При определяне на рехабилитационни нужди за онкологичен пациент се препоръчва изработване на ясни правила за консултиране.
- Препоръчва се широко обучение на здравни специалисти от различни специалности (онколози, сестри, рехабилитатори) за подобряване на знанията им върху контрол на туморна болка, върху психосоциални и рехабилитационни проблеми.

**С**

Препоръчва се комплексните рехабилитационни грижи да се осъществяват от мултипрофесионален и мултидисциплинарен екип.



- *Интервенциите, провеждани в рамките на онкологична рехабилитация, трябва да са многостранни, насочени както към самата болест, така и към преодоляване на неблагоприятни ефекти и адаптиране на болния към противотуморното лечение.*
- *Рехабилитацията трябва да бъде навременна, периодична и системна.*
- *Рехабилитацията се провежда в лечебни заведения за болнична помощ при следните случаи: непосредствено след хирургично лечение, по време на и след друго антиотуморно лечение, при възникване на усложнения, както и като част от палиативните грижи.*
- *Рехабилитация се провежда в амбулаторни условия с цел възстановяване и поддържане на функционалния капацитет на пациентите с онкологични болести.*
- *Късна продължителна рехабилитация се провежда в специализирани рехабилитационни центрове при специфични климатични условия за комплексна рехабилитация с цел пълно възстановяване.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care, Services. Fulfilling Lives. Rehabilitation in palliative care. London, 2000.
2. National Institute for Clinical Excellence. Improving supportive and palliative care for adults with cancer, 2004. Available at: [www.nice.org.uk/pdf/csgspmanual.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/csgspmanual.pdf).
3. Okamura H. Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. *Jpn J Clin Oncol* 2011; 41 (6): 733-738
4. NHS Wales. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. Available at: [www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/322/National\\_Standards\\_for\\_Rehabilitation\\_of\\_Adult\\_Cancer\\_Patients\\_2010.pdf](http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/322/National_Standards_for_Rehabilitation_of_Adult_Cancer_Patients_2010.pdf). 2010

**2.1.2. Рехабилитационни грижи за пациенти, преживели онкологична болест***Даниела Симова*

В момента има над 28 милиона души по света, които живеят с анамнеза за тумор (survivors, оцелели). При прогнозните увеличения на туморите и подобренията в цялостната степен на преживяемост този брой се очаква да се удвои до 2050 г. Въпреки че нарастващият брой на оцелели онкоболни е положителна тенденция, преходът на пациентите от начално антитуморно лечение до последващи грижи, наречен *фаза на повторно влизане*, е изправен пред многобройни адаптивни, физически, функционални, психосоциални и духовни задачи. Проучвания сочат, че мнозинство от оцелелите онкоболни се приспособяват добре в дългосрочен план; въпреки това, само част от незадоволените потребности са идентифицирани и много малко от оцелелите получават изчерпателни рехабилитационни грижи след лечение. Пациентите често съобщават, че не знаят какво да очакват след като приключи лечението; някои смятат, че не са напълно обгрижени, а други описват чувство на „изоставени“. През последните две десетилетия пациентски организации, експертни консенсусни панели и правителствени доклади препоръчват подобряване на качеството на постлечебни грижи за оцеляване. Тези подобрения ще гарантират непрекъснатост на грижите и ще помогнат за преодоляване на незадоволените нужди, особено на потребността от помощ при прехода от остро лечение на тумор към траектория на последващо наблюдение. През 2006 г. Институтът по медицина (ИОМ) пусна пилотен доклад, озаглавен: *От онкопациент до оцеляване с тумор: изгубени в прехода*, който идентифицира оцеляването като отделна, все още сравнително пренебрегвана фаза на тумора. Препоръките определят компоненти за клинични грижи, изпитвания,

обучение и образование, ускорявайки движението на оцелели онкоболни между лечение и последващи грижи в САЩ, Канада, Австралия и страни от цяла Европа. Оттогава в тези държави е налице споразумение за основни елементи за осигуряване на последващи грижи, които включват: (1) наблюдение за рецидив на първичен тумор и скрининг за нови туморни болести; (2) оценка на медицински и психосоциални късни ефекти; (3) развитие на интервенции за справяне с последици от тумора и неговото лечение; (4) промоция на здравето; (5) по-добра координация на грижи между онкологични специалисти и общопрактикуващи лекари. Определението за рехабилитация, конкретно за онкоболни, се уеднаквява с философията на грижите за оцеляване с фокус върху възстановяване на живота на онкоболните, максималното им функциониране и качеството на живот. Някои предлагат рехабилитацията да бъде считана за “сурогат” на грижите за оцеляване, поради техните припокриващи се цели. Рехабилитация при късни ефекти се определя като основен високо значим елемент за предоставяне на грижи за оцеляване и за по-нататъшна интеграция към специфични онкологично-фокусирани рехабилитационни услуги чрез планиране на грижи за оцеляване и предоставяне на услуги.

**Планове за последващи (рехабилитационни) грижи.** Една от ключовите препоръки на доклада на ИОМ е необходимост от последващи действия за „планове на рехабилитационните грижи“ (ПРГ), за да се подготвят онкоболните за преход от активно лечение към последваща рехабилитационна фаза след лечението. Тези планове са основни инструменти, за да се даде възможност и да се информират както пациентите, така и общопрактикуващите лекари за последващи грижи, скрининг и наблюдение.

Препоръчва се всички пациенти, завършили начално антитуморно лечение, да получават писмен ПРГ, предоставен при определено посещение в клиниката, за да се улесни

прехода към доживотно проследяване. Тези ПРГ са средство за комуникация на пациенти и са дефинирани като динамично, изчерпателно резюме на грижите и последващ план, съставен от главния доставчик(ци) на онкологично лечение. Основни компоненти, препоръчани за включване в ПРГ, са както следва: (1) тип тумор, получено лечение и потенциални последици; (2) конкретна информация за времето и съдържанието на препоръчителни последващи действия; (3) препоръки за превантивни практики и как да се поддържа здраве и благополучие; (4) информация за правна защита по отношение на заетост и достъп до здравно осигуряване; (5) информация за налични психосоциални услуги в общността. Отскоро ASCO също препоръчва редица допълнителни компоненти за разработването на ПРГ и предоставянето на грижи за оцеляване: (1) оценка на повишен риск за други хронични болести и очертаване на методи за справяне; (2) оценка и справяне с психосоциални нужди; (3) информация за планиране на фертилитет при пациенти в репродуктивна възраст; (4) известни нежелани реакции (постоянни и късни) на тумора и лечението; (5) насоки за скрининг и симптоми на рецидив, вкл. вторично появили се; (6) обсъждане и приемане на ценности и предпочитания за грижи; (7) използване на дискусии за опасения, свързани с тумор, като обучителни моменти за промяна в поведението: спиране на тютюнопушене, контрол на затлъстяване, намаляване на употреба на алкохол и друга въпроси, свързани с промоция на здравето, като физически упражнения. Като клиничен инструмент ПРГ може да се използва за подготовка на пациенти за прехода към грижи след лечение. Допълнително ПРГ има потенциала да насърчи използването на стратегии за самостоятелни грижи, които управляват продължаващите ефекти от лечение на пациента, улеснявайки усвояване на здравно поведение с потенциал за снижение на риск от бъдещи усложнения. Включването на стандартизирана информация в ПРГ също може да помогне за намаляване на

вариации в клиничната практика и да насърчи подобряването на качеството на процесите на преход от лечение към последващи грижи. В световен мащаб през последното десетилетие се наблюдава нарастваща скорост в изпълнение на ПРГ в отговор на препоръките на ЮМ. Независимо от различните адаптации на ПРГ, съществува консенсус, че ПРГ са основен елемент за предоставяне на последващи рехабилитационни грижи и стандарт за качествени грижи в онкологичните програми. От друга страна, ПРГ трябва да бъдат съобразени с отделната личност, както и с разликите в риска за късни и дългосрочни ефекти според възраст, вид и стадий на тумор, получено лечение, степен и интензивност на изискваните последващи грижи и нуждите за клинични и рехабилитационни интервенции. Важно е активното ангажиране на пациенти в разработване на ПРГ, което подчертава ролята им в тяхното възстановяване. Освен това, ПРГ се считат за основен инструмент за улесняване на комуникацията между здравните сектори и може да помогне за прехода от пациенти към първична медицинска помощ и да е мост към промени в интеграцията на здравеопазването.

**Предоставяне на последващи грижи.** Развитие на последващи инициативи за онкоболни в Северна Америка, и разработването и изпълнението на ПРГ, е повлияно от организации като ЮМ, NCI, ASCO, NCCN и СПАС. Както в САЩ и Канада, все по-голям брой институции разработват ПРГ за свои пациенти. В Европа разпознаването на необходимост от последващи рехабилитационни програми и ПРГ е променливо в различните страни. Националната инициатива за оцеляване на онкоболни (NCSI) във Великобритания се очертава като лидер на последващи рехабилитационни грижи в Европа. Тя въвежда в практиката достъп до грижи, които включват основни характеристики на ПРГ ([www.ncsi.org.uk](http://www.ncsi.org.uk)). В тази програма се определя медицинска сестра на всеки пациент и тя е основно лице за контакт за целия курс на лечение и последващи

грижи. Медицинската сестра провежда редовни цялостни оценки, за да осигури целеви персонални грижи и подкрепа за всяко лице. В края на антитуморното лечение ПРГ се предоставя на общопрактикуващия лекар и последващите грижи за пациента се основават на риск-базиран подход. Въпреки консенсуса за необходимостта от ПРГ, до този момент липсва официална оценка на тези планове, т.е. въздействието на ПРГ за намаляване на заболяемостта и смъртността, свързани с тумор, е един от основните въпроси, които предстои да бъдат разгледани. Малобройни проучвания осигуряват предварителни данни за оценка на ПРГ, включвайки количествени и качествени подходи. Като цяло, ПРГ се оценяват високо от пациенти и здравни специалисти и се възприемат като полезни инструменти за улесняване на координацията на грижи след края на лечението. В проучване на *Shalom et al.*, 2011, доставчиците на здравни грижи съобщават, че ПРГ увеличава чувството на доверие и грижи за пациенти след лечение. Ползите за пациентите включват увеличени знания и разбиране на грижите след лечение и подобро чувство на благосъстояние. Оценка на *Online Livestrong* и плановете *Journey Forward* демонстрират висока удовлетвореност сред потребителите. Оценка на Великобританската NCSI програма съобщава подобрения в удовлетвореността и доверието на пациентите и намаляване на използването на здравни грижи и разходи. Най-

голямото рандомизирано контролирано проучване за ПРГ е проведено от *Grunfeld et al.*, 2011, и са включени 408 пациенти, диагностицирани с карцином на гърда, които около 35 месеца след края на лечението се прехвърлят обратно към първичната помощ; участниците, рандомизирани в групата за интервенции, получават ПРГ с 30-минутна образователна сесия от една медицинска сестра; резултатите от проучването не показват, че интервенциите подобряват дистреса или качеството на живот, удовлетвореността на пациентите или непрекъснатостта на грижите. Редица автори предоставят алтернативни обяснения и подчертават спешна необходимост от идентифициране на параметри, от които биха произтекли достоверни ползи от ПРГ. Необходими са допълнителни изследвания с високо качество на ПРГ. Засега предоставянето на ПРГ се разглежда като съществен елемент от онкологичната грижа и като част от акредитацията за стандартизирана текуща практиката в САЩ. В скорошно проучване на доставчици на здравни услуги в САЩ (по-голямата част от които са онколози) се съобщи, че ПРГ не трябва да отнема повече от 20 минути. *Stricker et al.*, 2011, установяват, че една трета от сайтовете, които предоставят ПРГ, прекарват повече от 60 минути, за да ги създават. Електронното решение за развитие на план за грижи се препоръчва като основен приоритет в бъдещи изследвания.

**С**

- За организиране на грижи за онкологични пациенти, преживели антитуморно лечение, се препоръчват експертните насоки на доклада на ИОМ.
- За провеждане на грижи при онкологични пациенти, преживели антитуморно лечение, се препоръчва създаване на мултидисциплинарни екипи за съставяне, прилагане и оценка на рехабилитационни програми.



Всички онкологични пациенти, завършили начално антитуморно лечение, трябва да получават писмен план на рехабилитационни грижи, предоставен след завършване на антитуморното лечение, за да се улесни прехода им към доживотно проследяване и фаза на наблюдение.

## ЛИТЕРАТУРА

- Alfano CM, Ganz PA, Rowland JH, Hahn EE. Cancer survivorship and cancer rehabilitation: revitalizing the link. *J Clin Oncol* 2012; 30: 904-906
- American College of Surgeons Commission on Cancer. ACoSCo. Cancer Program Standards 2012: Ensuring Patient-Centered Care. Chicago, IL: American College of Surgeons; 2011. Available at: [www.facs.org/quality-programs/cancer/coc](http://www.facs.org/quality-programs/cancer/coc).
- Centre for Disease Control. A National Action Plan for Cancer Survivorship: Advancing Public Health Strategies. Atlanta, GA: CDC; 2004. Available at: [www.cdc.gov/cancer/survivorship/pdf/plan.pdf](http://www.cdc.gov/cancer/survivorship/pdf/plan.pdf).
- Commission of the European Communities. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: On Action Against Cancer: European Partnership; 2009; (291/4):[1-10 pp.]. Available at: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/diseases/docs/com\\_2009\\_291.en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/docs/com_2009_291.en.pdf).
- Davies NJ, Batehup L. Towards a personalised approach to aftercare: a review of cancer follow-up in the UK. *J Cancer Surviv* 2011; 5: 142-151
- Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 5814-5830.
- Earle CC, Ganz PA. Cancer survivorship care: don't let the perfect be the enemy of the good. *J Clin Oncol* 2012; 30: 3764-3768
- Earle CC. Failing to plan is planning to fail: improving the quality of care with survivorship care plans. *J Clin Oncol* 2006; 24: 5112-5116
- Ganz PA, Hahn EE. Implementing a survivorship care plan for patients with breast cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 759-767
- Ganz PA. Survivorship: adult cancer survivors. *Prim Care* 2009; 36: 721-741
- Grunfeld E, Julian JA, Pond G, et al. Evaluating survivorship care plans: results of a randomized, clinical trial of patients with breast cancer. *J Clin Oncol* 2011; 29: 4755-4762
- Hill-Kayser C, Vachani C, Hampshire MK, Metz JM. High level use and satisfaction with internet-based breast cancer survivorship care plans. *Breast J* 2012; 18: 97-99
- Hill-Kayser CE, Vachani C, Hampshire MK, et al. An internet tool for creation of cancer survivorship care plans for survivors and health care providers: design, implementation, use and user satisfaction. *J Med Internet Res* 2009; 11(3): e39
- Institute of Medicine. From Cancer Patient to Cancer Survivors: Lost in Transition. Hewitt M, Greenfield S, Stovall EL (Eds). Washington, DC: National Academies Press, 2005
- Institute of Medicine. Implementing Cancer Survivorship Care Planning: Workshop Summary. Hewitt M, Ganz PA (Eds). Washington, DC: The National Academies Press, 2006
- Jacobs LA, Palmer SC, Schwartz LA, et al. Adult cancer survivorship: evolution, research, and planning care. *CA Cancer J Clin* 2009; 59: 391-410

17. Jacobsen PB. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of cancer survivors: current status and future prospects. *Cancer* 2009; 115 (18 Suppl): 4419-4429
18. Jefford M, Schofield P, Emery J. Improving survivorship care. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1391-1392
19. Jemal A, Ward E, Thun M. Declining death rates reflect progress against cancer. *PLoS One* 2010; 5 (3): e9584
20. LIVESTRONG. The LIVESTRONG Essential Elements of Survivorship Care: A LIVESTRONG Brief; 2011; Available at: [http://assets-livestrong-org.s3.amazonaws.com/media/site\\_proxy/data/6f57b05726c2db3f56a85a5bd8f5dad166b80b92.pdf](http://assets-livestrong-org.s3.amazonaws.com/media/site_proxy/data/6f57b05726c2db3f56a85a5bd8f5dad166b80b92.pdf).
21. McCabe MS, Faithfull S, Makin W, Wengstrom Y. Survivorship programs and care planning. *Cancer* 2013; 119 (Suppl S11): 2179-2186
22. McCabe MS, Jacobs L. Survivorship care: models and programs. *Semin Oncol Nurs* 2008; 24: 202-207
23. National Cancer Survivorship Initiative (NCSI). Assessment and Care Planning; 2010. Available at: [www.ncsi.org.uk/wp-content/uploads/Summary-of-the-ACP-Evaluation-Report.pdf](http://www.ncsi.org.uk/wp-content/uploads/Summary-of-the-ACP-Evaluation-Report.pdf).
24. National Cancer Survivorship Initiative (NCSI). Living With and Beyond Cancer: Taking Action to Improve Outcomes; 2013; 1-135 pp. Available at: [www.ncsi.org.uk/wp-content/uploads/Living-with-and-beyond-2013.pdf](http://www.ncsi.org.uk/wp-content/uploads/Living-with-and-beyond-2013.pdf).
25. President's Cancer Panel. Living Beyond Cancer: Finding a New Balance. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2004. Available at: <http://deainfo.nci.nih.gov/advisory/pcp/annualReports/pcp03-04rpt/Survivorship.pdf>.
26. Salz T, McCabe MS, Onstad EE, et al. Survivorship care plans: is there buy-in from community oncology providers? *Cancer* 2014; 120: 722-730
27. Salz T, Oeffinger KC, McCabe MS, et al. Survivorship care plans in research and practice. *CA Cancer J Clin* 2012; 62: 101-117
28. Shalom MM, Hahn EE, Casillas J, Ganz PA. Do survivorship care plans make a difference? A primary care provider perspective. *J Oncol Pract* 2011; 7: 314-318
29. Smith S, Singh-Carlson S, Downie L, et al. Survivors of breast cancer: patients perspectives on survivorship care planning. *J Cancer Surviv* 2011; 5: 337-344
30. Smith TJ, Snyder C. Is it time for (survivorship care) plan B? *J Clin Oncol* 2011; 29: 4740-4742
31. Stricker CT, Jacobs LA, Risendal B, et al. Survivorship care planning after the Institute of Medicine recommendations: how are we faring? *J Cancer Surviv* 2011; 5: 358-370
32. Vachani C, Di Lullo GA, Hampshire MK, et al. Nursing resources: preparing patients for life after cancer treatment. *Am J Nurs* 2011; 111: 51-55



## 2.2. СПЕЦИАЛИЗИРАНИ РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ГРИЖИ

### 2.2.1. Контрол на физическа активност

*Елена Илиева, Кристина Павлова*

Развитието на онкологичната медицина, напредъка в ранното откриване и лечение на онкологични болести довеждат до приблизително 60% петгодишна преживяемост. Онкологичните болести и тяхното лечение често са асоциирани с физически и психосоциални проблеми, които рефлектират негативно върху качеството на живот (КНЖ) на пациентите.<sup>1</sup> Наблюдават се както дългосрочни ефекти, които се появяват по време на лечение и продължават след него, така и късни ефекти, които липсват по време на лечение и се появяват по-късно. Това, от своя страна, води до влошаване на физическата кондиция, двигателната активност, приспособяемостта към новото тяло на пациентите, преживели онкологична болест, т.нар. оцелели (сървайвъри). С термина *сървайвър* се определя всеки пациент, диагностициран с тумор, от момента на заболяването през останалата част от живота му.<sup>1,2</sup> Пациентите-сървайвъри често страдат от лимфостазата и последици от нея (еризипел). Химиотерапията и лъчелечението водят до имуносупресия, имат токсичен ефект върху много здрави органи и системи. Хормоналната терапия, от своя страна, води до преждевременна кастрация с ранна менопауза и последваща остеопороза, затлъстяване, сексуални нарушения, намалени мускулни маса и сила, психоемоционални проблеми в себеусещането и в двойката, понижено самочувствие, депресия, нарушения в съня, тревожност, затруднена ресоциализация, понижена психическа и физическа активност и кардиореспираторна кондиция.<sup>1,2,17</sup>

**Кардиореспираторен капацитет.** Това е съвкупност от фактори, влияещи върху транспорта на кислород от околната среда през белодробната тъкан, сърце, кръв,

кръвоносни съдове до скелетните мускули и способността на последните да усвояват кислород и да извършват двигателна активност. Физическата кондиция и двигателната активност са функции на сложна система от количествени и качествени фактори: белодробни обеми и капацитети и хемоглобинова сатурация. Увредата и прекъсването на този сложен механизъм на поддържане на различни нива на функциониране или регулация предопределя мултифакторно намаление на физическата кондиция при онкологичния сървайвър, причинени непосредствено от болестта (белодробен карцином) или като последици от активно лечение (предсърдни и камерни аритмии, перикардит, миокардит, намалена левокамерна фракция на изтласкване, кардиомиопатия след антрациклини, миокардна исхемия, артериална хипертония, сърдечна недостатъчност, аритмии след платинови деривати). Химиотерапевтични агенти също намаляват способността на мускулите да усвояват кислород. Лъчелечение в областта на гръден кош може да предизвика пневмофиброза, медиастинална фиброза, сърдечна или белодробна недостатъчност.<sup>4,7</sup> Андроген-подтискаща терапия може да доведе до значителни промени в качеството и количеството на скелетната мускулатура. Порочният кръг се затваря от занижена двигателна активност на онкологичните пациентите, която води до ниската степен на кислородна оксигенация и снижава още повече работоспособността.

Най-добър метод за директно измерване на кардиореспираторния капацитет е максималния пик на насищане на кислород ( $\text{peakVO}_2$ ); дефинира се като максимална консумация на кислород, измерена по време на упражнение с дозирано натоварване.<sup>1,2</sup> Максималната консумация на кислород отразява аеробната физическа годност на индивидите и е важен фактор, определящ техния капацитет за издръжливост при субмаксимално натоварване, в състояние на стеди-стейт. Проучване на *Steins Bisschop*

*et al.*<sup>3</sup> показва, че повечето хора, преживели тумор, демонстрират снижени нива на  $\text{peakVO}_2$  (16-25 ml/min/kg). Това демонстрира намаляване на кардиореспираторния капацитет и е показател за физическа подготовка за тренировка. Препоръчва се скрининг за сърдечни, белодробни или мускуло-скелетни причини за ограничения в натоварването преди начало на тренировъчна програма. Ниският  $\text{peakVO}_2$  корелира с повишен риск от преждевременна смърт.<sup>3</sup> Показателят може да се измерва по време на кардиопулмонални тест-упражнения (СПЕТ) с непрекъснат анализ на газовата обмяна, както и при дозирани натоварвания с велоергометър или бягаща пътека.<sup>1,8</sup> Тези тестове се считат за безопасни и препоръчителни. Могат да се използват за наблюдение на индивидуалното повлияване на кардиореспираторната кондиция и позволяват изработване на програми с упражнения според индивидуални нива на годност. Използва се процент от  $\text{peakVO}_2$ , процент от връх на сърдечна честота или връх на артериално налягане. При провеждане на упражнения по време на или след химиотерапия се установява сигнификантно подобрения в  $\text{peakVO}_2$  в сравнение с контрола от нетрениращи пациенти. По-големи подобрения са открити при индивиди, които продължават програма за тренировка в кардиорежим след приключване на анти tumorно лечение. Преди започване на тренировъчна програма е препоръчително да се направи скрининг на сърдечни, белодробни и скелетномускулни ограничения, вкл. измерване на  $\text{VO}_2\text{max}$  по време на постепенно нарастващо физическо усилие (велоергометър или бягаща пътека). Индивидуалният кардиопулмонален капацитет може да бъде оценен и чрез 6-минутен и соваков тест.<sup>1,8</sup> Физическите упражнения по време на адювантна терапия са от първостепенно значение за поддържане на сърдечна и респираторна кондиция.

**Намалена мускулна сила и маса.** Загубата на мускулна маса присъства при 50% от онкологичните пациенти и е зависима от тежест на болестта, степен на развитие и стадий; до

голяма степен определя прогнозата, тъй като косвено влияе върху повишена заболяемост, функционална способност и независимост, физично и психично здраве и КнЖ. Някои анти tumorни лекарства предизвикват, от своя страна, също ускорено разграждане на мускулия протеин (проинфламаторни цитокини и протеолиза-индуциращи фактори).<sup>2,4</sup>

**Увеличено съдържание на масти.** *Абнормна мастна тъкан.* Онкологичната болест и лечението ѝ са свързани с промяна в композицията на тялото. Специфичните нарушения на общото тегло, чистата телесна маса и количеството на мастната тъкан се различават според вида на тумора и лечението му. Увеличаването на количеството мастна тъкан често се наблюдава по време на адювантна терапия, например при карцином на гърда, дебело черво, простатна жлеза или гинекологичен карцином.<sup>2</sup> При пациенти, преживели онкологична болест, много често след лечение се появяват промени във въгледриятната обмяна (метаболически синдром) и нарушения в мастната обмяна (затлъстяване, атеросклероза, хиперхолестеролемии). Причините са мултифакторни и зависят от степента на унищожаване на клетките на панкреаса в Лангерхансовите острови, развитие на захарен диабет тип 2, затлъстяване, артериална хипертония, сърдечно-сдови болести, хиперхолестеролемия, понижена двигателна активност. Най-често причини за затлъстяване се крият в адювантната ендокринна терапия при карцином на гърда, простатен и гинекологичен карцином. Наличието на абнормна мастна тъкан с последици върху функционирането на всички органи и системи определя по-лоша прогноза, по-слаби защитни механизми и степен на приспособяемост на организма, по-ниска прогноза за преживяване.

**Снижение на костна плътност.** Хипогонадизъмът и произтичащият от него естрогенен дефицит, резултат от анти tumorно лечение (химио- и хормонална терапия), могат да

довеждат до нарушаване на баланса във функциите на остеобласти и остеокласти, което е свързано със загуба на костна плътност и повишен риск от фрактури. Установена е висока честота на остеопения и остеопороза при пациенти с карцином на гърда и простата, лекувани чрез трансплантация на стволови клетки.<sup>2</sup> Нарушаването на баланса между съграждане и деструкция на костна тъкан в резултат на онкологична болест и в процеса на лечението ѝ чрез химио- и хормонотерапия води до загуба на костна плътност, повишен риск от фрактури и хронична болка. Напредналата остеопороза и скелет-свързани събития водят до рязко намаление на двигателната активност, дължащо се на хронични ставни и гръбначни болки, обездвижване и деформации на опорно-двигателния апарат, стойка, походка, патологични фрактури.

**Контрол на физическата активност.** Няколко ситематични обзора и мета-анализи демонстрират благоприятен ефект от физическата активност и кинезитерапия върху физическото и психосоциалното състояние на онкологични пациенти<sup>7,9</sup> по отношение на аеробен капацитет<sup>10</sup>, намалена умора<sup>11,12</sup> и депресия<sup>13</sup>, подобро КнЖ<sup>14,15</sup> по време и след приключване на анти туморно лечение. При пациенти, поддържащи определен двигателен режим и системни физически упражнения, след лечение се наблюдава подобрена кардиопулмонална функция, намаляване на болката, понижаване на артериалното налягане, намаляване на умората, подобрен имунен статус.<sup>16</sup> Наблюдателни проучвания установяват, че високи нива на умерена и интензивна физическа активност са асоциирани с 50% по-нисък риск от смъртност<sup>17</sup> при пациенти с карцином на гърда<sup>18-20</sup>, дебело черво<sup>21,22</sup> и простатен карцином<sup>23,24</sup>.

Методиката *Физическа активност през целия период на онкологична болест* определя четири периода след поставяне на диагноза, през които физическата активност е от го-

лямо значение: преди, по време, след лечение и в края на живота.<sup>2</sup> Систематичен преглед на рандомизирани контролирани проучвания и нерандомизирани студии<sup>25</sup>, базирани на данни от белодробен и простатен карцином и абдоминални карциноми (колоректален и хепатоцелуларен), сочат, че упражненията (аеробни, срещу съпротивление или тренировка за тазовото дъно, поединично или комбинирано) имат положителен ефект върху контрола на тазовите резервоари, способността за ходене и кардиореспираторния капацитет. Някои проучвания показват подобрене на КнЖ и намалена продължителност на болничен престой, но са недостатъчни, за да се направят категорични изводи. В мета-анализа на *Speck et al.* резултати от упражнения по време и след лечение на онкологична болест са представени отделно<sup>7</sup>: по време на лечение се наблюдава слаб до умерено значим ефект върху кардиореспираторен капацитет, мускулна сила, телесна маса, КнЖ, тревожност и самочувствие; след лечението значими ефекти се наблюдават върху мускулна сила, показатели за карцином на гърда и слаб до умерено значим ефект върху нивата на физическа активност, кардиореспираторен капацитет, КнЖ, умора, инсулиноподобен растежен фактор (IGF-1) и др. Подобни ефекти се съобщават и от други мета-анализи.<sup>12-15,26,27</sup> *Corneya et al.* установяват, че броят на завършили химиотерапия е по-висок при пациенти, които са преминали през програма, включваща упражнения срещу съпротивление по време на адювантно лечение при карцином на гърда (89.8%), сравнено с контролна група, провеждаща стандартно лечение (84.4%), или група, провеждаща аеробни упражнения (87.4%); преживяемостта е по-висока в групите, провеждащи физически упражнения.<sup>28</sup>

За вида на физическите упражнения има публикувани единични рандомизирани клинични проучвания. Основно се препоръчват аеробен тип упражнения, особено за повлияване на кардиотоксичност от анти туморна терапия. *Corneya et al.* установяват, че приложение на аеробни упражнения подобрява в по-голяма степен максималната кислородна консумация.

мация в сравнение с обичайни грижи или упражнения срещу съпротивление, докато силата на горна и долна част на тялото се повлияват от упражнения срещу съпротивление при жени с карцином на гърда по време на химиотерапия.<sup>28</sup> В мета-анализ на рандомизирани контролирани проучвания, оценяващ ефекта от упражненията срещу съпротивление по време и след лечение, *Strasser et al.* установяват значително увеличаване на мускулната сила на горна и долна част на тялото и на чистата телесна маса.<sup>29</sup> Упражненията срещу съпротивление са ефикасен стимул за синтез на мускулна тъкан. Обемът на упражненията най-вероятно е по-важен фактор, отколкото интензивността им.<sup>7</sup> За да се стимулира остеогенезата и костното ремоделиране, се препоръчват упражнения с гравитационно обременяване с тежестта на тялото, като скачане и скачане на въже; аеробни упражнения, ангажиращи горна и долна част на тялото, и/или ротации на торса с достатъчна интензивност, като аеробни танци, също могат да доведат до подобрение на остеогенезата.<sup>30</sup> Специфични упражнения се препоръчват според локализацията на онкологичната болест: при пациенти с карцином на простата се препоръчват упражнения за укрепване на тазово дъно преди хирургична интервенция и по време на лъчелечение. Някои проучвания доказват, че започването на физическа активност по време на лечение довежда до намаляване на умората и увеличаване на мускулната сила в горната част на тялото в по-голяма степен, отколкото при започване на физическа активност след приключване на лечението; подобренията в мускулната сила на долната част на тялото са по-значителни при онкологични пациенти, провели тренировъчна програма след лечение, сравнено с тези, които са тренирали по време на лечение<sup>7</sup>; в момента се провежда рандомизирано клинично изпитване, сравняващо двата режима. Систематичен обзор на рандомизирани контролирани проучвания показва, че упражненията могат да доведат до благоприятни промени в биомаркерите, свързани с прогнозата на онкологичната болест: промени в циркулиращи нива на инсулин, IGF-1 и

IGF-1-свързващ протеин при пациенти с карцином на гърда. Наблюдават се благоприятни промени в нивата на С-реактивен протеин и цитотоксична активност на NK-клетки при карцином на гърда, простата и стомах. При пациенти с простатен карцином има доказателства, че упражненията не водят до увеличаване нивата на простатоспецифичния антиген (PSA) или на тестостероновите нива.<sup>2,31</sup>

**Ръководства за физическа активност.** Публикувани са ръководства, основани на доказателства, но разработването им е лимитирано от научните изследвания в тази област. През 2010 г. Американският колеж по спортна медицина публикува първите базирани на доказателствата препоръки за физическа активност при пациенти с карцином на гърда, простата, дебело черво, хематологични и гинекологични онкологични болести.<sup>32</sup> Експертите заключават, че има последователни доказателства за безопасност и липса на вреда от прилагане на физически упражнения по време на анти tumorна терапия (вкл. трансплантация на костен мозък) и се очаква подобрение на аеробен капацитет, мускулната сила, КнЖ и умора. Възможността тези заключения да се прехвърлят върху други форми на онкологични заболявания остава неизвестна. Прескрипцията на упражнения трябва да бъде индивидуализирана според аеробния капацитет на пациента преди лечение, коморбидността, отговора на лечение и непосредствените и персистиращи негативни ефекти от него. Препоръките за аеробни упражнения, упражнения срещу съпротивление и за гъвкавост са същите, както препоръките за физическа активност на населението. Възрастните онкологични пациенти се съветват да включват аеробни упражнения (150 минути седмично с умерена интензивност или 75 минути с висока интензивност, или равни количества от двата вида). Упражненията, водещи до увеличаване на мускулната сила, ангажиращи всички големи мускулни групи, са препоръчителни поне два пъти седмично. Уточнени са и някои относителни противопоказания като проблеми в ръка и рамо след лечение на карцином

на гърда, колостома, оток и възпаление в абдоминална област, слабини или долни крайници при гинекологични тумори.<sup>32, 33</sup> Сходни са препоръките на Австралийската спортна асоциация (2009)<sup>34</sup>, които, освен аеробните упражнения, включват за първи път упражнения срещу съпротивление, особено при пациенти с редуцирана телесна маса по време и след лечение. Подобни са препоръките в Ръководството за пациенти с онкологични болести в Холандия (2011)<sup>35</sup>, Американското онкологично дружество (2012)<sup>36</sup>, Британската асоциация по спорт и физическа култура<sup>37</sup>. Необходими са допълнителни проучвания за разработването на по-специфични препоръки при предписването на упражнения (вид, честота, интензивност, продължителност) за определена туморна локализация и за специфичен резултат. Тренирането се постига в аеробен режим след диагностика на функционални кардиореспираторни показатели, с режим на аеробно, субмаксимално натоварване, в състояние стеди-стейт. Упражненията срещу съпротивление са мощен стимул за синтез на миофибри, увеличаване на мускулна маса, издръжливост и сила, подобряване на физическата кондиция, преживяемост и КнЖ. Аналитичната гимнастика, възстановяваща увредения обем на движение в стави, намалената еластичност и разтегливост на крайници, засегнати от хирургия за карцином на гърда, подобрява обема на движение, намалява хроничната болка в гърба, лекува и профилактира лимфостазата след лимфна дисекция.<sup>11-14</sup><sup>38</sup> За подобряване на кардиореспираторната кондиция физическите упражнения трябва да бъдат в аеробен режим. Съчетаването на тренировка в кардиорежим с природни фактори намира приложение в климатолечението – изкачване на ниска до средно висока планина, дихателна гимнастика, игрови упражнения и кардиотренировка на открито, използване на природни места с отрицателна аероизонизация и горски местности с повишено съдържание на озон.<sup>29-38</sup> Плуването е метод на тренировка с упражнения срещу съпротивление, където се използва и пресотерапия на воден стълб; въздейства благоприятно върху синдром

ръка-рамо и лимфостазата. При пациенти, провеждащи системно тези занимания, е отчетен по добър ефект от еднократно проведена рехабилитация върху лимфостазата и КнЖ.<sup>38</sup>

От 2010 г. в България съществува систематизирана програма за комплексна рехабилитация на пациенти, оперирани от карцином на гърда. Медицинската рехабилитация в нея е базирана върху аеробни кинезитерапевтични техники, дозирани упражнения, натоварване в субмаксимален режим, тренировка с дихателна гимнастика и ходене с умерено натоварване при средно висока планина. Отчитат се положителни резултати за КнЖ, двигателна активност, лимфостазата, обем на движение и изпълнение на дейности на ежедневието, ресоциализация, физическо и психично здраве. При проследяване от наблюдаващи онколози не е отчетен нито един случай на влошаване на показатели за риск от рецидив или метастатична болест.<sup>38</sup>

Пациентите, преживели тумори, трябва да бъдат максимално физически активни според своите възможности. Препоръката е да избягват да остават физически неактивни, независимо от тежест, вид или лечение на тумора. Конкретните рехабилитационни програми трябва да са резултат от работа на мултидисциплинарен екип от лекари и специалисти по физикална медицина, онколози, хирурзи, психолози, диетолози, социални работници. Трябва да се спазва правилото за натоварване в аеробен режим, с контрол на показателита на хемодинамика в режим на субмаксимално натоварване, изработени индивидуално за всеки пациент според съответни нужди, вид на тумор, специфичност на лечението му и последици.<sup>32, 38</sup> Поддържането на добра физическа кондиция чрез адекватна физическа активност е безвредно, увеличава преживяемостта, КнЖ, имунитета и приспособяемостта на индивида, подобрява прогнозата и изхода от лечението, ресоциализацията и състоянието на психическо и физическо здраве.

**A**

- При онкологични пациенти се препоръчва насочване за медицинска рехабилитация, включваща редовна физическа активност и изпълнение на физически упражнения максимално рано след поставяне на диагнозата.
- При онкологични пациенти по време и след антитуморно лечение се препоръчва да бъдат максимално физически активни, независимо от тежест и вид на провежданото лечение и неговите последици.
- При онкологични пациенти по време и след антитуморна терапия се препоръчват физически упражнения като специфична форма на физическа активност с цел подобряване на физическа кондиция, мускулна маса и сила, кардиореспираторен капацитет, качество на живот, поносимост към химиотерапия, преживяемост, контрол на туморна умора, тревожност и на депресия.

**B**

При предписване на физически упражнения се препоръчва индивидуализиран подход според аеробния капацитет преди лечение, коморбидност, отговор към лечение и непосредствени и персистиращи негативни ефекти от него.



- *Индивидуалната тренировъчна програма при онкологични пациенти трябва да бъде изготвена от рехабилитационен екип под ръководството на лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина след консултация и в сътрудничество с лекуващ онколог, кардиолог и пулмолог с оглед оценка на физическа кондиция и индивидуални възможности и потребности на пациента.*
- *Индивидуалните потребности от рехабилитация на онкологични пациенти се определят от вид на онкологична болест, вид на преживяно лечение, коморбидност или ятрогенни увреждания, като последици от хирургия, химиотерапия, лъчелечение или хормонотерапия.*
- *Препоръчва се физическата активност при онкологични пациенти да бъде планирана, структурирана, дозирана, повтаряща се, в аеробен режим, след диагностика на функционални кардиореспираторни показатели, в режим на субмаксимално натоварване, в състояние стеди-стейт, с дозирано и постепенно нарастващо натоварване и съпротивление.*



- При пациенти с карциноми на гърда, простата, дебело черво, хематологични и гинекологични онкологични болести се препоръчват аеробни упражнения 150 минути седмично с умерена интензивност или 75 минути с висока интензивност, или равни количества от двата вида.
- При пациенти с карцином на гърда, простата, дебело черво, хематологични онкологични болести се препоръчват упражнения срещу съпротивление, ангажиращи всички големи мускулни групи, поне два пъти седмично.
- При пациенти след трансплантация на костен мозък се препоръчва ежедневна физическа активност (аеробен тип) и упражнения срещу съпротивление (по-ефективни) с по-ниска интензивност поради ефекти върху имунната система.
- При пациенти с карцином на гърда кинезитерация се започва с ниско съпротивление, което постепенно се увеличава.
- При пациенти с карцином на простата и радикална простатектомия се добавят упражнения за тазово дъно.
- При пациенти с колоректален карцином се започва кинезитерация с ниско съпротивление, за да се избягва риск от развитие на херния.
- При гинекологични тумори са необходими някои модификации и особено внимание при пациенти с риск от лимфедем, скелетни фрактури, отоци и възпаление в абдоминална област, слабини и долни крайници.
- По-интензивните физически упражнения трябва да се избягват в периоди на повишен риск от инфекции, атаксия, виене на свят, периферна сензорна невропатия, ниски нива на тромбоцити, болки в кости или при пациенти с първични или метастатични костни тумори.
- Съчетанието на активна и пасивна кинезитерация с климатолечение, спорт, игри, арт-терапия, музикотерапия или танцова аеробика на открито увеличават ефекта на движението върху състоянието на физическо и психично здраве и представляват комплексна (медицинска, психологическа и социална) рехабилитация.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Buffart LM, Galvão DA, Brug J, et al. Evidence-based physical activity guidelines for cancer survivors: current guidelines, knowledge gaps and future research directions. *Cancer Treat Rev* 2014; 40: 327-340
2. Buffart LM, May AM. Safeguarding Exercise Capacity Throughout and After Cancer Treatment ESMO handbook of rehabilitation issues during cancer treatment and follow-up. Ed Henk Halteren. ESMO press 2014; 1-9
3. Steins Bisschop CN, Velthuis MJ, Wittink H, et al. Cardiopulmonary exercise testing in cancer rehabilitation: a systematic review. *Sports Med* 2012;42:367–379.
4. Force T, Krause DS, Van Etten RA. Molecular mechanisms of cardiotoxicity of tyrosine kinase inhibition. *Nat Rev Cancer*. 2007; 7(5): 332-344.
5. Khakoo AY, Kassiotis CM, Tannir N. Heart failure associated with sunitinib malate: a multitargeted receptor tyrosine kinase inhibitor. *Cancer* 2008; 112 (11): 2500-2508
6. Lee AP, Ice R, Blessey R, Sanmarco ME. Long-term effects of physical training on coronary patients with impaired ventricular function. *Circulation*. 1979; 60 (7): 1519–1526. [PubMed: 115617]
7. van Tol BA, Huijsmans RJ, Kroon DW, Schothorst M, Kwakkel G. Effects of exercise training on cardiac performance, exercise capacity and quality of life in patients with heart failure: a metaanalysis. *Eur J Heart Fail* 2006; 8 (8): 841-850 [PubMed: 16713337]
8. Speck RM, Courneya KS, Mâsse LC, et al. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv* 2010; 4: 87-100
9. De Backer I, Schep G, Hoogeveen A, et al. Exercise testing and training in a cancer rehabilitation program: the advantage of the steep ramp test. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88: 610-616
10. Fong JYT, Ho JWC, Hui BPH, et al. Physical activity for cancer survivors: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2012; 344: e70
11. Jones LW, Liang Y, Pituskin EN, et al. Effect of exercise training on peak oxygen consumption in patients with cancer: a meta-analysis. *Oncologist* 2011; 16: 112-120
12. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochr Database Syst Rev* 2012; 11: CD006145
13. Velthuis MJ, Gasi-Idenburg SC, Aufdemkampe G, Wittink HM. The effect of physical exercise on cancer-related fatigue during cancer treatment: a metaanalysis of randomised controlled trials. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2010; 22: 208-221
14. Craft LL, Vaniterson EH, Helenowski IB, et al. Exercise effects on depressive symptoms in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012; 21: 3-19
15. Mishra SI, Schrerer RW, Snyder C, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochr Database Syst Rev* 2012: CD008465
16. Mishra SI, Schrerer RW, Geigle PM, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochr Database Syst Rev* 2012: CD007566.
17. Илиева, Е, Владимирова-Китова, А. Възможности на физикалната и рехабилитационна медицина за модулация на кардио-токсичността, причинена от цитостатично лечение. *Физикална медицина, рехабилитация, здраве* 2012; 10 (2): 6-15
18. Ballard-Barbash R, Friedenreich C, Courneya KS, et al. Physical activity, biomarkers, and disease outcomes in cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104: 815-840
19. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, et al. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA* 2005; 293: 2479-2486
20. Irwin ML, McTiernan A, Manson JE, et al. Physical activity and survival in postmenopausal women with breast cancer: results from the Women's Health Initiative. *Cancer Prev Res* 2011; 4: 522-529
21. Schmitz KH. Exercise for secondary prevention of breast cancer: moving from evidence to changing clinical practice. *Cancer Prev Res* 2011; 4: 476-480



22. Meyerhardt JA, Giovannucci EL, Holmes MD, et al. Physical activity and survival after colorectal cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 2006; 24: 3527-3534
23. Meyerhardt JA, Giovannucci EL, Ogino S, et al. Physical activity and male colorectal cancer survival. *Arch Intern Med* 2009; 169: 2102-2108
24. Kenfield SA, Stampfer MJ, Giovannucci EL, Chan JM. Physical activity and survival after prostate cancer diagnosis in the health professionals follow-up study. *J Clin Oncol* 2011; 29: 726-732
25. Richman EL, Kenfield SA, Stampfer MJ, et al. Physical activity after diagnosis and risk of prostate cancer progression: data from the cancer of the prostate strategic urologic research endeavor. *Cancer Res* 2011; 71: 3889-3895
26. Singh F, Newton RU, Galvão DA, et al. A systematic review of pre-surgical exercise intervention studies with cancer patients. *Surg Oncol* 2013; 22: 92-104
27. Fong DYT, Ho JWC, Hui BPH, et al. Physical activity for cancer survivors: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2012; 344: e70
28. Courneya KS, Friedenreich CM (Eds). *Physical Activity and Cancer*. Heidelberg: Springer-Verlag, 2011
29. Courneya KS, Segal RJ, Mackey JR, et al. Effects of aerobic and resistance exercise in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2007; 25: 4396-4404
30. Strasser B, Steindorf K, Wiskemann J, Ulrich CM. Impact of resistance training in cancer survivors: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc* 2013; 45: 2080-2090
31. Lustberg MB, Reinbolt RE, Shapiro CL. Bone health in adult cancer survivorship. *J Clin Oncol* 2012; 30: 3665-3674
32. Ballard-Barbash R, Friedenreich C, Courneya KS, et al. Physical activity, biomarkers, and disease outcomes in cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104: 815-840
33. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, et al. American college of sports medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc* 2010; 42: 1409-1426
34. Physical Activities Guidelines Advisory Committee. *Physical activity guidelines advisory committee report*. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2008
35. Hayes SC, Spence RR, Galvao DA, Newton RU. Australian association for exercise and sport science position stand: optimising cancer outcomes through exercise. *J Sci Med Sport* 2009;12: 428-434
36. Comprehensive Cancer Center the Netherlands, 2011. *Guideline cancer rehabilitation*. Available at: [www.oncoline.nl/oncologische-revalidatie](http://www.oncoline.nl/oncologische-revalidatie)
37. Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin* 2012; 62: 242-274
38. Campbell A, Stevinson C, Crank H. The BASES expert statement on exercise and cancer survivorship. *J Sports Sci* 2012; 30: 949-952
39. Павлова, К., Колева, М., Георгиев, А. Програма *Виктория* – модел за комплексна рехабилитация при оперирани от рак на гърда. Университетско издателство Пловдив, 2013, стр. 10-40

### 2.2.2. Контрол на туморна болка

Николай Йорданов, Веселина Ганчева

Туморната болка (ТБ) е характерен, но не задължителен симптом при всички онкологични болести. Честотата ѝ варира в доста широки граници – 33% при излекувани, 59% при провеждащи активно лечение и 64% при авансирала метастатична болест в терминална фаза. Няма разлика в разпространението на ТБ сред болни, които провеждат активно противотуморно лечение, и тези с напреднала, терминална болест. Хроничната болка при оцелели (survivors) най-често е в резултат на проведено активно лечение, като периферна невропатия след химиотерапия, следрадиационна брахиална плексопатия, постхирургична пелвикална болка и т.н.<sup>1</sup> Болката е по-често срещана при някои видове онкологични болести като карцином на панкреас (44%) или тумори на глава и шия (40%).<sup>2</sup> Системен анализ показва, че повече от половината болни, които изпитват ТБ, не се лекуват адекватно. Резултати от паневропейско проучване показват, че различни видове болка и болкови синдроми могат да се наблюдават във всяка фаза на онкологична болест и ТБ не е лекувана адекватно в 56-82.3% от случаите. Дори в специализирани онкологични центрове, центрове за лечение на болка, звена за палиативни грижи и хосписи болката е недолекувана в 9.8-55.3% от случаите.<sup>3,4</sup> Въпреки образователни програми и публикувани насоки и правила за оценка и лечение на ТБ, тя продължава да бъде световен здравен проблем.<sup>5</sup>

**Оценка на онкологични пациенти с ТБ.** За оценка на сила на изпитвана болка се прилагат утвърдени и валидирани инструменти: VAS (визуална скала от 0-100 mm, където 0 = няма болка, а 100 mm – непоносима болка), VRS – вербална рейтингова скала (0 = няма болка; 1 = много лека; 2 = лека; 3 = умерена; 4 = силна; 5 = много силна) и NRS (числова скала за оценка от 0 до 10, където 0 = няма болка, а 10 = непоносима болка).<sup>6</sup>

**Принципи на лечение на ТБ.** Болните трябва да бъдат информирани за евентуална поява на болка, за възможности за контрол, както и да бъдат окуражавани да играят активна роля в процеса на нейното лечение. Обезболяващите лекарства, предписвани за контрол на хронична ТБ се назначават и трябва да се приемат редовно, на фиксирани интервали. Не се препоръчва предписване и приемане на обезболяващи лекарства „само при нужда“. Оралният път на прилагане на аналгетичните лекарства трябва да се разглежда като първи избор. Трансдермалните опиоиди са ефективна алтернатива на оралните. Предпочитан начин за лечение с опиоиди от трето стъпало е прилагане на трансдермални форми, особено при болни, при които оралният път е неприложим.<sup>12</sup> Към обичайното базово обезболяващо лечение задължително трябва да се назначи и „спасителна доза“ бързодействащ аналгетик, който да се приема при необходимост – в случай на пристъп на пробивна болка.

**Лечение на ТБ.** Аналгетичното лечение трябва да започне с подходящи, съобразени със силата на изпитваната от пациента болка, с обезболяващи лекарства, посочени в съответното стъпало на аналгетичната скала на Световната здравна организация (WHO).

**Опиоидна ротация.** Това е начин за подобряване на аналгетичния ефект и/или лекарствената поносимост. Най-често ротацията е преминаване от *morphine*, *oxycodone*, *hydromorphone* или *fentanyl* към орален *methadone*. Няма убедителни доказателства, които да подкрепят подобна практика, която въпреки това се прилага рутинно в ежедневието. Тя изисква клиничен опит и добро познаване на еквивалентните дози на различните опиоиди (Табл. 1).<sup>6</sup>

**Схеми на прилагане и интервали на дозиране.** Препоръчва се индивидуалното титриране на дозата да става с бързодействащ *morphine*, приеман през уста на всеки 4 часа, като се предвижда и часова спасителна доза, която да се приема при нужда. Редовната доза на опиоидите с бавно освобождаване (SR) се определя като се вземе предвид приетата сумарна доза спасителен аналгетик за 24 часа. И двете орални форми (бързодействаща и SR) на *morphine*, *oxycodone* или *hydromorphone* могат да се използват за титриране на дозата. Независимо коя форма се използва, тя трябва да се допълва с бързодействащ опиоид, който да се приема като „спасителна доза“ при необходимост.<sup>16</sup>

**Принципи за назначаване, титриране, поддържащо лечение и безопасност на опиоидно лечение.** Подходяща доза на прилагани опиоиди е тази, която облекчава ТБ в интервала между два приема, без да води до появата на трудни за контролиране, нежелани странични реакции. Дозата трябва да се титрира с повишено внимание при болни с рискови фактори, като ХОББ, нарушена проходимост на горни дихателни пътища, бъбречна и чернодробна недостатъчност и лош пърформанс статус. Стабилно състояние (steady state) на опиоидния аналгетик се достига, след като стабилна доза от него е приемана за период, пет пъти по-голям от елиминационния полуживот на медикамента. Дозата на опиоидния аналгетик се снижава с 10-25%, ако се налага нейното намаляване, при стриктно и постоянно наблюдение на болния и последващи корекции. Ако болният изпитва неконтролируеми странични реакции и болка  $\leq 3$  може да се опита редукция на дозата с 10-25% при стриктно наблюдение на пациента. Стриктно трябва да се наблюдава за прояви на аберантно поведение при приемане опиоидните лекарства.<sup>11</sup>

**Принципи на поддържащо опиоидно лечение.** Продължителна ТБ (повече от 10 часа за денонощие) се лекува с редовен прием на обезболяващи лекарства, към които са

предписани дози за лечение на пробивна болка. Базовото обезболяване се осъществява с аналгетици с модифицирано действие (SR MR-форми), като началната им доза е равна на 50-100% от калкулираните дневни нужди. При възможност трябва да се прилагат препарати от един и същи вид за базово обезболяване и за лечение на пробивна болка. Дозата на препаратите с удължено действие се повишава, ако болният изпитва болка и прибегва често към спасителни дози опиоиди, или когато не са в състояние да оказват аналгетичен ефект в интервала между отделни дози. Спасителната доза варира между 10% и 20% от общата денонощна доза.<sup>11</sup>

Таблица 1. Опиоидни аналгетици – еквивалентни дози на 10 mg *morphine* парентерално.<sup>11</sup>

Опиоиден аналгетик	Парентерална доза (mg)	Орална доза	Коефициент (i.v. към p.o.)	Продължителност на действие
<i>Morphine</i>	10 mg	30 mg	1:3	3-4 часа
<i>Hydromorphone</i>	1.5 mg	7.5	1:5	2-3 часа
<i>Fentanyl</i>	0.1 mg	-	-	-
<i>Oxycodone</i>	-	15-20 mg		3-5 часа
<i>Hydrocodone</i>		30-45 mg		3-5 часа
<i>Oxymorphone</i>	1 mg	0 mg	10	3-6 часа
<i>Codeine</i>	-	200 mg		3-4 часа

**Други аналгетици.** *Tramadol* е слаб  $\mu$ -рецепторен агонист, който едновременно подтиска обратната резорбция на норадреналин и серотонин и се прилага за лечение на умерена болка (второ стъпало по WHO); максимална дневна доза е 400 mg/24 h, разпределена в 4 приема; при възрастни (над 75 години) и болни с увредена бъбречна и чернодробна функция дозата трябва да се редуцира поради риск от гърчове. *Viprenorphine* (частичен агонист) е приложен под форма на трансдермални пластири за лечение на хронична болка; може да антагонизира на ефекта на опиоидните аналгетици при болни, получаващи високи дози опиоидни агонисти. *Ketamine* е неопиоиден анагетик (неконкурентен NMDA рецепторен антагонист); в субанестетични дози предизвиква аналгезия, модулира централната сенсбилизация, хипералгезия и опиоиден толеранс.<sup>11</sup>

**Контрол на нежелани странични ефекти на опиоидно лечение.** Слабителни лекарствени средства трябва да се назначават както за профилактика, така и за лечение на запек, индуциран от опиоидно лечение. Няма доказателства за превъзходство на едно слабително средство пред другите. Комбинирането на лаксативни средства с различен механизъм на действие е по-ефективно от самостоятелно прилаган лаксативен агент. Трябва да се има предвид прилагане на *methylnaltrexone* подкожно за лечение на запек, когато традиционните лечения са неефективни.<sup>16</sup> За профилактика и лечение на предизвикани от опиоидно лечение гадене и повръщане се използват *metoclopramide* или антагонисти на допаминовите рецептори.

**Пробивна болка.** За лечение на епизоди на обостряне на контролирана базова ТБ трябва да се използват опиоидни аналгетици с бързо действие.<sup>6, 8, 11, 16</sup> *Morphine* с бързо действие е подходящ за лечение на прогнозирани епизоди на пробивна болка (напр.

болка при преместване, при тоалет или хранене), като за целта трябва да се приложи най-малко 20 минути преди потенциалната ѝ поява.<sup>6, 8, 11, 16</sup> Парентерални опиоиди и *fentanyl*, приложен под различни форми (назално, букално или сублингвално), имат по-бързо аналгетично действие при пробивна болка в сравнение с орално приложен *morphine*.<sup>6, 8, 11, 16</sup>

**Контрол на костна болка. Лъчелечение.** Всички болни с болезнени костни метастази трябва да бъдат оценени за провеждане на едротракционирани лъчелечение, като препоръчван режим е еднократна фракция от 8 Gy.<sup>6</sup> Режими с по-високи дози и повече фракции се препоръчват при селектирани болни.<sup>6</sup> Стереотактична радиохирургия трябва да се прилага при пациенти, подходящи за включване в клинични проучвания.<sup>6</sup>

**Контрол на малигнена спинална компресия.** Ранната диагноза и своевременното лечение са мощни предиктори на изхода при болни с малигнена компресия.<sup>6</sup> Голяма част от болните подлежат само на лъчелечение, а хирургично лечение се препоръчва само в определени добре подбрани случаи.<sup>6</sup> Едротракционирани режими могат да се считат за метод на избор, докато дребнофракционирани могат да се прилагат при подбрани болни с по-добра прогноза за продължителност на живот.<sup>6</sup> Препоръчва се започване на лечение с *dexamethasone* в умерени дози.<sup>6</sup> Радиоизотопно лечение трябва да се прилага при подбрани болни с множествени остеобластни костни метастази.<sup>6</sup>

**Контрол на костна болка. Бифосфонати.** Приемат се като стандартна част от терапевтичния режим при болни със или без болка вследствие на налични костни ме-

тастази.<sup>6, 11</sup> Преди започване на лечение е задължително провеждане на превантивни дентални мероприятия за профилактика на усложнения.<sup>6, 11</sup>

*Denozumab*. Разглежда се като утвърдена алтернатива на бифосфонати при лечение на пациенти с метастатична костна болест.<sup>6</sup> Преди започване на лечение се налагат превантивни действие за профилактика на дентални усложнения.<sup>6</sup>

**Контрол на невропатична болка.** Лекува се с опиоиди и неопиоидни лекарства – трициклически антидепресанти или антиконвулсанти. Пациентите са обект на постоянно наблюдение за поява на нежелани странични реакции. При невропатична болка от костни метастази трябва да се обсъжда провеждане на лъчелечение с таргетна доза от 20 Gy, разпределена на 5 фракции.<sup>6, 11</sup> Комбиниране на адювантни аналгетици (*amitriptyline* или *gabapentine*) с опиоиди може по-често да предизвика поява на нежелани странични реакции от страна на ЦНС, което налага внимателното титриране на дозата и на двата медикамента.<sup>16</sup>

**Инвазивно лечение на рефрактерна болка.** Интраспиналните техники на обезболяване, осъществявани и мониторирани от обучен екип, трябва да бъдат съставна част от стратегиите за осъществяване на контрол над ТБ, но тяхното широко прилагане трябва да бъде избягвано.<sup>6, 11</sup> Блокиране на *plexus coeliacus* е сигурен и ефективен метод, който при карцином на панкреас води до намаление на болката за около 6 месеца, като значително превъзхожда самостоятелното прилагане на конвенционално аналгетично лечение.<sup>6, 11</sup>

**Контрол на ТБ в последни дни от живота.** При повече от половината от онкологичните пациенти, които изпитват болка (53-70%), се налага промяна на пътя на прилагане

на опиоиди в последните месеци и дни преди настъпването на смъртта. При някои болни, иначе добре контролираната болка, се превръща в „рефрактерна“ на лечение. Често към болката се наслагват и още симптоми като делир, умора, диспнея, тревожност и възбуда; това налага да се обърне особено внимание и да се извърши цялостна оценка на изпитваното от болния страдание и да се планират подходящи интервенции. За да се приеме, че една болка е „рефрактерна“ на лечение, трябва да се извърши щателна оценка на физическата болка, както и на страданието, изпитвано от пациента, и да се приеме, че описаните дотук интервенции са неприложими по следните три причини: (1) не могат да осигурят адекватно облекчаване, (2) могат да доведат до прекомерно и неприемливо влошаване на състоянието на пациента и (3) няма вероятност да се постигне облекчение. Тогава е желателно да се приложат други подходи и действия, които да доведат до желания комфорт. Прибягване към палиативно седиране е единствена разумна алтернатива, която би позволила постигане на нужното облекчение. Преди да се приложат седирателни медикаменти е желателно да се разгледат всички възможни причини, водещи до страдание; извършва се от членове на мултипрофесионален екип, към който е желателно да се включат психиатър, психолог и свещеник.<sup>6, 11</sup> Най-често използвани медикаменти за палиативно седиране са опиоидни аналгетици, невролептици, бензодиазепини, барбитурати, *ketamine*, *propofol*. Без значение от използваните лекарства е необходимо първоначално титриране на дозата до постигане на желания резултат и осигуряване на последващо поддържащо лечение. По време на провеждане на седирането трябва да се извършва постоянна оценка на изпитваното от пациента страдание.<sup>6, 11</sup>

**А**

- За лечение на лека по интензивност туморна болка се препоръчва *paracetamol* и/или нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС).
- При всяка туморна болка, независимо от интензивността ѝ, се препоръчва *paracetamol* и/или НСПВС, поне в краткосрочен план, при липса на противопоказания.
- За профилактика и лечение на запек, индуциран от опиоидно лечение, се препоръчват слабителни лекарствени средства.
- При епизоди на обостряне на контролирана базова туморна болка се препоръчва опиоидни аналгетици с бързо действие.
- При пробивна туморна болка се препоръчват парентерални опиоиди и *fentanyl*, приложен неинвазивно под различни форми (назално, букално или сублингвално).
- При болезнени костни метастази се препоръчва обсъждане за едротракционизирано лъчелечение с еднократна фракция от 8 Gy.
- При малигнена спинална компресия се препоръчват едротракционизирани режими на лъчелечение.
- При болни със или без болка от костни метастази се препоръчва приложение на *denosumab*.
- При невропатична болка се препоръчват опиоиди и неопиоидни лекарства – трициклични антидепресанти или антиконвулсанти.

**В**

- За оценка на наличие на болка при пациенти с когнитивни нарушения се препоръчва наблюдение за болково поведение и наличен дискомфорт.
- Препоръчва се разглеждане и редовно оценяване на всички компоненти на страданието, като психосоциален дистрес.
- Препоръчва се болните да бъдат информирани за възможна поява на болка, за възможностите за контрол и да бъдат окуражавани да играят активна роля в процеса на нейното лечение.
- Препоръчва се аналгетичното лечение да започва с подходящи, съобразени със силата на изпитвана болка, лекарства, посочени в съответното стъпало на аналгетичната скала на WHO.
- Като ефективна алтернатива на орални опиоиди се препоръчват трансдермални опиоиди, особено при болни, при които оралният път на прилагане е неприложим.

## В

- Като алтернатива на опиоидни аналгетици от второ стъпало на WHO се препоръчват малки дози опиоиди от трето стъпало (*morphine*  $\leq$  30 mg/24 h, *oxycodone*  $\leq$  20 mg/24 h, *hydromorphone*  $\leq$  4 mg/24 h), самостоятелно или в комбинация с НСПВС.
- Препоръчва се дозата на опиоидните аналгетици, приложени парентерално (венозно или подкожно), да се отнася към дозата на същите, приети перорално, в съотношение 1:2 или 1:3.
- За титриране на дозата се препоръчват и двете орални форми (бързодействаща и SR) на *morphine*, *oxycodone* и *hydromorphone*; независимо от използваната форма, се препоръчва допълването ѝ с бързодействащ опиоид като „спасителна доза“ при необходимост.
- Като подходяща доза на опиоиди се препоръчва тази, която облекчава болката на пациента в интервала между два приема, без да води до нежелани странични реакции, трудни за контролиране.
- При болни с рискови фактори (ХОББ, нарушена проходимост на горни дихателни пътища, бъбречна или чернодробна недостатъчност, лош пърформанс статус) се препоръчва титриране на дозата с повишено внимание.
- За стабилно състояние (steady state) на опиоиден аналгетик се препоръчва достигане на стабилна доза, приемана за период, пет пъти по-дълъг от елиминационния полуживот на медикамента.
- Ако се налага намаляване на дозата на опиоиден аналгетик, се препоръчва снижение с 10-25%.
- При неконтролируеми странични реакции и болка  $\leq$  3/10 по VAS се препоръчва редукция на дозата с 10-25%.
- При прием на опиоидни лекарства се препоръчва стриктно наблюдение за прояви на аберантно поведение.
- При продължителна туморна болка (повече от 10 часа в денонощие) се препоръчва редовен прием на обезболяващи лекарства, към които са предписани дози за пробивна болка.
- За базово обезболяване се препоръчват аналгетици с модифицирано действие (SR MR-форми), като началната им доза е 50-100% от калкулираните дневни нужди.

## В

- За базово обезболяване и за пробивна болка се препоръчва при възможност прилагане на препарати от един и същи вид.
- При често прибавяне към спасителни дози опиоиди или при невъзможност да оказват аналгетичен ефект в интервала между отделните дози се препоръчва повишаване на дозите на препаратите с удължено действие.
- Препоръчва се спасителната доза да варира между 10% и 20% от общата денонощна доза.
- При прогнозиран епизод на пробивна болка (болка при преместване, тоалет или хранене) се препоръчва *morphine* с бързо действие, приложен най-малко 20 минути преди потенциалната ѝ поява.
- При малигнена спинална компресия се препоръчва лъчелечение; при добре подбрани случаи се препоръчва хирургично лечение.
- При подбрани болни с малигнена спинална компресия се препоръчват дребнофракционирани режими на лъчелечение.
- При малигнена спинална компресия се препоръчва лечение с *dexamethasone*.
- При подбрани болни с множествени остеобластни костни метастази се препоръчва радиоизотопно лечение.
- При болни със или без болка от костни метастази се препоръчва приложение на бифосфонати.
- Преди започване на лечение с бифосфонати или *denosumab* се препоръчва задължително провеждане на превантивни дентални мероприятия.
- При невропатична болка от костни метастази се препоръчва обсъждане на лъчелечение с различни дози и фракции.
- За контрол на туморна болка се препоръчва обсъждане на невроаксиални техники на обезболяване или блокиране на *plexus coeliacus*.

## С

- Като първи избор се препоръчва орален път на прилагане на аналгетични лекарства.
- При умерена туморна болка се препоръчват слаби опиоидни аналгетици като *tramadol*, *codeine* и *dehydrocodeine*, самостоятелно или в комбинация с неопиоидни аналгетици.
- При болни с бърбечна недостатъчност се препоръчва всички опиоиди да се прилагат с повишено внимание и/или с редукция на дози и честота на приеми.



**C**

- Като опиоиди на избор при болни с хронична бъбречна недостатъчност стадий IV и V (глумерулна филтрация < 30 ml/min) се препоръчват *fentanyl* и *buprenorphine*, приложени парентерално или трансдермално.
- Препоръчва се индивидуалното титриране на дозата да става с бързодействащ *morphine*, приеман през устата на всеки 4 часа, като се предвижда и часова спасителна доза, която да се приема при нужда.
- Препоръчва се редовната доза на опиоиди със забавено освобождаване да се определя според приетата сумарна доза спасителен аналгетик за 24 часа.
- За профилактика и лечение на гадене и повръщане, предизвикани от опиоидно лечение, се препоръчва *metoclopramide* или антагонисти на допаминовите рецептори.

**D**

- Препоръчва се силата (интензивността) на туморната болка и ефекта от приложеното лечение да се документират редовно с помощта на утвърдени стандартни скали за оценка – VAS, VRS или NRS.
- За контрол на хронична туморна болка се препоръчва обезболяващите лекарства да се назначават и приемат редовно от болните; не се препоръчва прилагането им само при нужда.
- Препоръчва се към обичайното базово обезболяващо лечение да се назначи и „спасителна доза“ бързодействащ аналгетик, който да се приема при необходимост (в случай на пристъп на пробивна болка).
- При болезнени костни метастази се препоръчва стереотактична радиохирургия в рамките на клинични проучвания.
- Като възможен избор може да се прилагат и други инвазивни анестезиологични регионални техники за контрол на болката.



- Лекарите, лекуващи амбулаторно туморна болка, трябва да бъдат добре запознати със схемата за прилагане и да я експлоатират приоритетно до адекватен контрол.
- Препоръчва се създаването на центрове за лечение на хронична болка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Sun V, Borneman T, Piper B, et al. Barriers to pain assessment and management in cancer survivorship. *J Cancer Surviv* [Internet] 2014; 2 (1): 65-71
2. Van den Beuken-van Everdingen M, de Rijke J, Kessels A, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007; 18 (9): 1437-1449
3. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol* 2008; 19: 1985-1991
4. Breivik H, Cherny N, Collett B, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* 2009; 20: 1420-1433
5. WHO | Cancer. World Health Organization; [cited 2015 Apr 7]; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
6. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F. Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2012; 23 (Supl. 7): vii139-vii154
7. Kaasalainen S. Pain assessment in older adults with dementia: using behavioral observation methods in clinical practice. *J Gerontol Nurs* 2007; 33 (6): 6-10
8. Intercollegiate S, Network G. SIGN 106: Control of pain in adults with cancer. 2008; (November)
9. Reid CM, Gooberman-Hill R, Hanks GW. Opioid analgesics for cancer pain: Symptom control for the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. *Ann Oncol* 2008; 19 (1): 44-48
10. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, et al. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: A 10-year prospective study. *Pain* 1995; 63: 65-76
11. National Comprehensive Cancer Network. Adult Cancer Pain V1.2015. 2015; Available at: [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/pain.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/pain.pdf)
12. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: Evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13: e58-68
13. Davies AN, Dickman A, Reid C, et al. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain* [Internet]. European Federation of Chapters of the International Association for the Study of Pain; 2009 Apr [cited 2014 Dec 4]; 13 (4): 331-338. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18707904>
14. Nabal M, Librada S, Redondo MJ, et al. The role of paracetamol and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in addition to WHO Step III opioids in the control of pain in advanced cancer. A systematic review of the literature. *Palliat Med* [Internet]. 2012; 26 (4): 305-312.
15. Medicines WHO. WHO Model List of Essential Medicines. Anonymous, editor. Children [Internet]. World Health Organization; 2010; (October): 1-43. Available at: [http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expcom13/eml13\\_en.pdf](http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expcom13/eml13_en.pdf)
17. Greco MT, Corli O, Montanari M, et al. Epidemiology and pattern of care of breakthrough cancer pain in a longitudinal sample of cancer patients: results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *Clin J Pain* 2011; 27 (1): 9-18

### 2.2.3. Контрол на туморна умора

*Мая Георгиева, Димка Димитрова*

Умората при пациенти с диагностицирана онкологична болест е продължително, устойчиво, субективно чувство на физическо и емоционално изтощение, свързано със самата болест или с анти туморната терапия.<sup>1</sup> Туморната умора (ТУ) настъпва без предупреждение, а не в резултат на някаква дейност или емоция, и не се повлиява от сън или почивка. Понякога трае месеци и дори години и може да засегне всички сфери от живота на пациента – ежедневни дейности, работа, социален живот и отношения. Умората рядко е изолиран симптом и най-често се среща с други признаци като болка, стрес, анемия и нарушения на съня, които могат да вариат в зависимост от диагноза, лечение и стадий.<sup>1</sup> В проучване, включващо 1569 пациенти с тумори, ТУ се проявява при 80% от индивидите, подлежащи на химиотерапия и/или лъчелечение.<sup>2</sup>

**Оценка на ТУ.** Всички онкологични пациенти трябва да бъдат изследвани за наличие на първи признаци на ТУ още при първи медицински преглед, а след това да бъдат проследявани периодично по време и след анти туморна терапия. Алгоритъмът на лечение и оценка на симптома включва следните фази: скрининг, първична оценка, лечение и повторно оценяване. Скринингът обхваща всички, които имат диагноза за онкологична болест и провеждат или са провеждали противотуморна терапия.<sup>1</sup> По време на първичната оценка медицински специалист установява по амнестични данни на пациента и/или близките му за персистираща умора, продължаваща дори след период на почивка и сън, затруднение в извършване на ежедневни дейности или ограничаването им заради чувство на умора<sup>2</sup> и документираща количествено степента ѝ. Използва се скала от 0 до 10 за усещане за умора през последните 7 дни: 0 – няма умора и 10 – най-силно изяви

признаци на умора и изтощение. Лека умора, е показана като резултат от 1 до 3, умерено умора – 4 до 6 и тежка умора – 7 до 10. Ако се установи, че симптомът отсъства или е в по-лека степен, пациента остава за наблюдение, като той и семейството му трябва да получат основни насоки за признаците на ТУ и какво трябва да бъде поведението им при евентуалната ѝ поява. Ако нивото на интензивност е умерено до тежко, медицинските специалисти насочват пациента за по-обстоятелствен преглед и оценка.<sup>1</sup> Обучаването на пациента и близките му е важно, защото много често хората смятат симптома за недостатъчно важен, за да занимават медицинския персонал с него. В други случаи пациентът може да не осъзнава, че чувството на умора се отразява на качеството му на живот, и затова да могат да свидетелстват само приближените му.<sup>1</sup> При първична оценка трябва да се обърне внимание за някои съпътстващи симптоми, характерни за ТУ:<sup>1</sup> (1) чувство за подтиснатост, безсилие и безнадеждност, депресия<sup>2</sup>; (2) нужда от увеличаване на времето за почивка и сън, усещане за недоспиване или инсомния; нарушения на съня са често срещани (30-75%); може да се добави и наличие на сънна апнея като резултат от анти туморна терапия<sup>2</sup>; (3) наличие на хронична болка; медикаменти, с които тя се контролира, водят до хронична умора; (4) проблеми с храненето и загуба на тегло вследствие на болестта или на странични ефекти от терапията; нормалното хранене може да бъде засегнато от изострено обоняние и променени вкусови възприятия, гадене, повръщане, загуба на апетит, афтоза, диария или запек; при преглед се оценява наличие на всички рискови фактори, които могат да индуцират симптома<sup>2</sup>; (5) прием на лекарства (включително билкови, витамини и други добавки); медикаментите и техните странични ефекти и взаимодействия могат да допринесат за влошаване на ТУ – някои сърдечни лекарства (бета-блокери) могат да предизвикват брадикардия и последваща умора; комбинации от различни класове лекарства (наркотици, антидепресанти, антиеметици

и антихистамини) могат да допринесат за прекомерна сънливост и умора; в някои случаи промяна в дозата или на самото лекарство може да подобри състоянието<sup>2</sup>; (6) химиотерапия и лъчелечение – водят до кумулативна умора, продължаваща няколко месеца след приключване на лечението; (7) съпътстващи болести (сърдечна, белодробна и бъбречна дисфункции, анемия, артрит, нервномускулни усложнения, нарушения на съня, болки, емоционален стрес, ендокринни нарушения, включително горещи вълни, хипотиреоидизъм, хипогонадизъм или надбъбречна недостатъчност, както и инфекция)<sup>2</sup>; (8) злоупотреба с алкохол и наркотични вещества – могат да доведат или да влошат други здравословни проблеми, като нарушения на съня, и допринасят за задълбочаване на умората<sup>2</sup>. Лабораторните изследвания също говорят за потенциална възможност за поява на ТУ: (1) кръвна картина – при химиотерапия често (7 от 10 пациенти) развиват анемия и левкопения, които сами по себе си водят до усещане за изтощение и липса на сили<sup>2</sup>; (2) електролити – електролитният дисбаланс е предпоставка за редица симптоми, сред които и умора; (3) хормони – настъпва подтикване на щитовидната жлеза при лъчетерапия при болест на *Hodgkin* и други неходжкинови лимфоми, тумори на глава и шия, карцином на гърда, както и след общо облъчване при трансплантация на костен мозък; хипотиреоидизъм се регистрира при пациенти, които са получили *interferon-alfa-2b*, *interleukin-2*, *L-asparaginase* и множество комбинирани химиотерапии; хипогонадизъм се наблюдава при пациенти с напреднал тумор и необичайно ниски нива на тестостерон също са свързани с умора.<sup>2</sup> При установяване и на други съпътстващи умората симптоми може да се обърне консултация с други специалисти, напр. кардиолог, ендокринолог, психолог, диетолог или интернист.

**Методи за контрол на ТУ.** Част от стратегията е планирано управление на личните енергийни ресурси на пациента с цел правилното им използване и предотвратяване на

изчерпването им. Пациентите трябва да се научат да си поставят реалистични очаквания, да пренаредят приоритетите си и според тях да коригират темпото и усилията за ежедневните си дейности. Те трябва да бъдат посъветвани, че е допустимо да се отложат всички несъществени дейности, ако водят от умерена до тежка умора. Би било полезно да се направи дневен и седмичен дневник на пациента, който ще му позволи да се установят пикови периоди на разход на енергия, така че да може да направи съответните корекции.<sup>1</sup> Някои проучвания сочат, че дейности, отвличащи вниманието, например игри, музика, четене, общуване, също са полезни за намаляване на ТУ, въпреки че механизмът, по който това става, не е известен. Важна стъпка е и планиране на режима сън-бодърстване. Като цяло, пациенти на антитуморна терапия страдат от проблеми със съня. Нефармакологичните интервенции за подобряване на качеството на съня са организирани в четири типа подходи, които включват когнитивно-поведенческа терапия, допълваща терапия, психообразование (достатъчно информация на пациента) и извършване на определени упражнения. Съветите към пациента включват лягане, само когато им се спи, приблизително по едно и също време всяка вечер, ставане от леглото на 20-а минута, ако не могат да заспят (при първо лягане и когато се събудят през нощта). Ограничават или се избягват дълги следобедни дрямки. Включват се и техники за насърчаване на добър нощен сън и оптимално функциониране на следващия ден, като се избягва кофеин следобед и създаване на среда, благоприятна за сън, например приятно, тъмно, тихо и удобно място за почивка.<sup>1</sup> Важен момент в контрола на ТУ е и активно насърчаване към умерено ниво на физическа активност, като бързо ходене, каране на велосипед или плуване веднъж седмично, освен ако няма противопоказания за това.<sup>2</sup> Някои наблюдения и интервенционални проучвания сочат, че пациенти с тумори, които се занимават най-малко с 3 до 5 часа умерена активност

на седмица, получават по-добри резултати и имат по-малко странични ефекти от лечението, включително и симптомът на ТУ е по-слабо изразен.<sup>1</sup> Има някои съществени моменти, на които трябва да се обърне внимание при изготвянето на програма за физическо натоварване: наличие на съпътстващи болести, като сърдечносъдови или ХОББ, време на последна хирургична интервенция и някои специфични функционални и анатомични дефицити, като ограничен обем на движенията от дисекция в областта на глава и шия. С повишено внимание се взимат предвид наличие на костни метастази, тромбоцитоза и левкопении, анемии, фебрилитет или активна инфекция. Програмата се индивидуализира според възраст, пол, вид на тумор, локализация и физическа издръжливост; трябва да започне с по-ниско ниво на интензивност и продължителност, да прогресира бавно и да се променя според състоянието на пациента. Индивиди с по-тежка коморбидност и с тежка форма на ТУ би било добре да се насочат към специалист по физикална терапия.<sup>1</sup> Консултация и със специалист по хранене би била полезна, за да се осигури поддържане на адекватна хидратация и електролитен баланс.<sup>1</sup> Могат да се използват симптоматични лекарства за третиране на някои от страничните ефекти от лечението, като средства, намаляващи гаденето, за лечение на диария и или запек, подпомагащи храносмилането, лекарства за профилактика или лечение на проблеми в устна кухина.<sup>3</sup> Като цяло, в режима на хранене трябва да преоблада-

дават храни, които пациентът харесва, но богати на белтъчини и с висока калоричност.<sup>3</sup> Пациентите биха могли да бъдат посъветвани да избягват храни, които биха допринесли за влошаване на оплакванията им, като варива, газирани напитки, груби целулозни храни. Ако имат метален вкус в устата да избягват метални прибори или да използват ментови бонбони или лимонени капки.<sup>3</sup>

Психосоциалните дейности са ключов фактор в контрола на ТУ и включват когнитивно-поведенческа терапия и психообразователни интервенции.<sup>2</sup> Комбинирането на гореизброените методи с допълващи терапии, като масаж, дихателни упражнения, музикотерапия, йога, или рейки дава още по-добри резултати.<sup>2</sup> Съществуват проучвания, според които употреба на еритропоеза-стимулиращи агенти при лечение на карцином-свързана анемия води до намаляване на ТУ; някои психостимуланти, например *methylfenidat*, могат ефективно да бъдат използвани за управление на ТУ, но доказателствата за тяхната ефективност са ограничени. Малки пилотни проучвания оценяват въздействието на хранителни добавки, като женшен, витамин D и други, но все още липсват доказателства за тяхната ефективност.<sup>2</sup>

При лечение за ТУ пациентите трябва да бъдат наблюдавани и редовно да бъдат повторно оценявани, за да се определи ефективността на лечението.

**В**

- При всички онкологични пациенти се препоръчва начален скрининг за туморна умора чрез цифрова скала и повторни оценки – ежедневно в болнични условия и при всяка редовна или проследяваща амбулаторна визита.
- При онкологични пациенти със средна или тежка туморна умора ( $\geq 4/10$ ) се препоръчва целенасочена анамнеза и провеждане на физикален преглед за оценка на съпътстващи симптоми и други допринасящи фактори.

<b>В</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ За контрол на туморна умора се препоръчват интервенции за физическа активност (кинезитерапия), психосоциални интервенции (когнитивно-поведенческа и поддържаща терапия), контрол на хранене и на сън.</li> <li>■ При туморна умора се препоръчва обсъждане на фармакологичен контрол с антидепресанти, психостимуланти, еритропоеза-стимулиращи агенти и други (примерно 14-дневно приложение на <i>dexamethasone</i> – 8 mg дневно).</li> </ul>
<b>С</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ При онкологични пациенти с туморна умора по време и след антитуморно лечение се препоръчва психотерапия като когнитивно-поведенческа терапия, техники за релаксация, консултиране, социална подкрепа и хипноза.</li> <li>■ При онкологични пациенти с туморна умора се препоръчва подобряване на храненето чрез компетентни съвети, осигуряващи адекватна хидратация и електролитен баланс.</li> <li>■ При пациенти, преживели онкологична болест, с чувство за изтощение се препоръчва обсъждане за нефармакологични методи, арт-терапия, интегративна медицина и някои хранителни добавки (американски женшен, витамин D) – всички под контрол на наблюдаващ медицински онколог и психоонколог.</li> </ul>



*Всички форми на интегративна медицина в онкологията в България трябва да се провеждат под контрол на специалист по медицинска онкология и психоонколог.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. NCCN Guidelines. Cancer-Related Fatigue. Version 1.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
2. Julianne E. Bower, Kate Bak, Ann Berger, et al. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: An American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation. *J Clin Oncol* 2014; 32 (17): 1840-1850
3. American Cancer Society: Nutrition for the Person with Cancer: A Guide for Patients and Families. Atlanta, Ga: American Cancer Society, Inc., 2000.
4. Dy SM, Lorenz KA, Naeim A, et al. Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. *J Clin Oncol* 2008; 26 (23): 3886-3895

#### 2.2.4. Контрол на нарушения в сън/бодърстване

*Илиян Илиев, Николай Йорданов*

Нарушенията на съня не са пренебрегван проблем в онкологията<sup>1</sup> и могат да варират от хиперсомния до инсомния.<sup>2,3</sup> Срещат се при 30% до 75% от пациентите с тумори.<sup>4</sup> Няколко проучвания показват, че онкологични пациенти с отпадналост при активно лечение прекарват повече време в почивка и сън, но моделът им на сън често е сериозно нарушен. При нарушения на съня трябва да се направи оценка за депресия, защото това е обща проява.<sup>5</sup> Пациентите могат да имат полза от оценка и обучение за подобряване на качеството на съня. Съобщават за значими нарушения на моделите на съня, които могат да са причина за възникване или изостряне на отпадналост. Често се срещат и безсъние, и хиперсомния, като общото наименование е *нарушение на съня*.

Нефармакологичните интервенции за подобряване на качеството на съня са групирани в четири основни типа терапии, които включват: когнитивно-поведенческа (КПТ), подкрепяща, психообразователна и терапия с физически упражнения.<sup>6</sup> Тези интервенции имат за цел да оптимизират качеството на съня, а за някои е доказано, че понижават туморната умора.<sup>7-10</sup> В изследване с 442 авансирани тумори 330 (75%) от пациентите са оценени като страдащи от минимално нарушение на съня съгласно елемента за съня от Скалата за оценка на симптоми на *Edmonton* (ESAS).<sup>11</sup> Пациентите трябва първо да бъдат оценени за нарушения на цикъла сън/бодърстване с помощта на скалата за сънливост на *Epworth*.<sup>12</sup> Ако пациентите имат нарушения на дишането по време на сън в анамнезата (напр. прекомерно хъркане, затруднено дишане, установена апнея, често събуждане, внезапно неволно движение на ръка или краката по време на сън, необяснима сънливост през деня), трябва да се обмисли извършване на полисомнография.

Последната може да се приложи и за пациенти с тумори на глава и шията, защото obstructивната сънна апнея (ОСА) се среща често при тях.<sup>13,14</sup> Първичните разстройства на съня, като ОСА и синдром на периодично движение на крайниците, трябва да се лекуват с неинвазивна вентилация (CPAP или ViPAP).<sup>15</sup> Ако е налице синдром на неспокойните крака, може да се лекува с *ropinirole*, *pramipexol* или *carbidopa/levodopa*.<sup>16-23</sup> Трябва да се проучат страховете и тревожността, свързани със смъртта и болестта, и трябва да бъдат лекувани други допринасящи фактори за нарушенията на съня, включително болка, депресия, тревожност, делир и гадене. Когнитивната поведенческа терапия може да бъде ефективна за лечение на нарушения на цикъла сън/бодърстване при онкологични пациенти.<sup>24-28</sup> Има различни интервенции от КПТ, използвани при нарушенията на съня; най-често използвани са контрол на стимули, ограничаване на съня и хигиена на съня. Контрол на стимули включва лягане, когато на пациента му се спи, лягане по приблизително едно и също време всяка вечер и ставане по едно и също време всеки ден. Контролът на стимули включва и ставане от леглото след 20 минути, ако не може да заспи, както при първо лягане, така и при събуждане през нощта. Ограничаването на съня включва избягване на продължителен или кратък следобеден сън и ограничаване на общото време, прекарано в леглото.<sup>29</sup> Хигиената на съня включва техники за стимулиране на добър нощен сън и оптимално функциониране на следващия ден. Редица проучвания<sup>30-32</sup> подкрепят заключението, че интервенциите с КПТ, предназначени за оптимизиране на качеството на съня, може да доведат и до подобрене на туморната умора. При две рандомизирани клинични проучвания, в които участват пациенти след лечение на тумори, съобщаващи за хронично безсъние, е наблюдаван положителен ефект върху съня и умората след 4-5-седмични сесии.<sup>33-35</sup> При две по-малки проучвания, в които участват пациенти с текущи оплаквания от безсъние във фаза

на преживяемост, се съобщава за подобряване на съня и умората.<sup>30, 31</sup> При две други проучвания е наблюдавана полза от поведенческа интервенция върху съня и умората, която не се запазва във времето.<sup>32, 36</sup>

Американската академия по медицина на съня (AASM) препоръчва три специфични терапии за хронично безсъние при здрави индивиди: обучение за релаксация, когнитивно-поведенческа терапия и терапия за контрол на стимулите.<sup>37</sup> AASM публикува също и клинични насоки за лечение на хронично безсъние при възрастни.<sup>38</sup> Когнитивно-поведенческата терапия често се комбинира с допълнителни терапии като контрол на дишане, прогресивна мускулна релаксация и управляема символ-драма за релаксация на индивида. При няколко проучвания е направена оценка на допълващи терапии като масаж<sup>39-41</sup>, йога<sup>42-44</sup>, мускулна релаксация и понижаване на стреса чрез самосъзнаване<sup>45-47</sup>. Данните показват, че те могат да бъдат ефективни при туморна умора. *Gohen and Fried*<sup>48</sup> правят сравнение между пациенти, на които се прилагат интервенции с КПТ, релаксация и управляема символ-драма и пациенти от контролна група; съобщават за подобрене на умората и затрудненията на съня при двете интервенционни групи, но значима разлика има само при релаксация и управляема символ-драма. Трябва да се избягва кофеин следобед и да се създава среда, благоприятна за сън (напр. тъмно, тихо, удобно място); тези стратегии са приложени при пилотно проучване, в което участват жени с карцином на гърда по време на адювантна химиотерапия. Моделите на сън/събуждане остават в съответствие с нормалните стойности с изключение на по-големия брой и по-голямата продължителност на нощните събуждания.<sup>36</sup>

Лекарствените терапии за рефрактерна инсомния включват краткодействащ бензодиазепин *lorazepam*, небензодиазепин *zolpidem* и седатиращи антидепресанти

като *trazodon* и *mirtazapin*.<sup>49</sup> Смята се, че *mirtazapin* може да бъде особено ефективен при пациенти с депресия и анорексия. Бензодиазепините трябва да се избягват при по-възрастни пациенти и при пациенти с когнитивни увреждания, защото водят до понижаване на когнитивната дейност.<sup>50</sup> *Zolpidem* трябва да се прилага с повишено внимание поради доказан риск от увреждане на функционалността на следващата сутрин. През 2013 г. FDA изиска препоръчителните дози *zolpidem* да бъдат понижени (от 10 на 5 mg за продукти с незабавно освобождаване и от 12.5 на 6.25 mg за лекарствени форми със забавено освобождаване).<sup>51</sup> Ръководствата предлагат няколко варианта за лечение на рефрактерна дневна сънливост. Стимулантите на централната нервна система *methylphenidate* или *dextroamphetamine* трябва да се прилагат с начална доза от 2.5 до 5 mg перорално на закуска. Ако действието на лекарството не продължи до обяд, с обяда може да се даде втора доза, за предпочитане не по-късно от 14:00 ч.; дозите могат да се повишават според необходимостта.<sup>52</sup> Друга възможност за лечение на рефрактерна дневна сънливост е психостимулантът *modaphinil*, който е разрешен за употреба при пълнолетни пациенти за лечение на прекомерна сънливост, свързана със синдрома ОСА/хипопнея (ОСАХ), нарушение на съня при работа на смени и нарколепсия. Също така се препоръчва *caffeine* и *dextroamphetamine* като допълнителни възможности за контрол при рефрактерна дневна сънливост. Последната доза кофеин трябва да се приложи не по-късно от 16:00 ч. При пациенти в терминален стадий трябва да се направи оценка на желанието им да се лекува безсънието или сънливостта; дозите на лекарствените им терапии могат да се коригират според необходимостта; може да се добави антипсихотичен медикамент (*chlorpromazine* или *quetiapine*) при пациенти, чиято инсомния е рефрактерна.



## В

- При онкологични пациенти с нарушения на цикъла сън/бодърстване, вкл. безсъние и сънливост, се препоръчва разглеждане на страховете и тревогите относно смърт и болест.
- При онкологични пациенти се препоръчва оценка на вид и тежест на нарушението на съня, вкл. дневни нарушения (скала на сънливост на *Epworth*).
- При онкологични пациенти с нарушения на цикъла сън/бодърстване се препоръчва оценка на желанието за лекуване на безсъние и сънливост.
- При онкологични пациенти с нарушения на цикъла сън/бодърстване може да се приложи полисомнография, ако анамнезата показва нарушения на дишането по време на сън.
- При онкологични пациенти с нарушения на цикъла сън/бодърстване, вкл. безсъние и сънливост, се препоръчва осигуряване на обучение за хигиена на съня.
- При онкологични пациенти с нарушения на цикъла сън/бодърстване се препоръчват интервенции от когнитивно-поведенческа терапия: контрол на стимули, прогресивна мускулна релаксация.
- При онкологични пациенти с нарушения на цикъла сън/бодърстване се препоръчва лечение на допринасящи фактори за нарушение на съня: (i) болка, депресия, тревожност, делир, гадене; (ii) нежелани реакции от лекарства или синдром на абстиненция (напр. кортикостероиди, опиоиди, антиконвулсанти, кофеин, хормони, билкови лекарства, барбитурати, бензодиазепини, алкохол, трициклични антидепресанти).
- При онкологични пациенти с нарушения на цикъла сън/бодърстване и синдром на неспокойните крака може да се опита фармакологичен контрол с *ropinirole*, *pramipexol* или *carbidopa/levodopa*.
- При онкологични пациенти с нарушения на цикъла сън/бодърстване се препоръчва следната лекарствена терапия за рефрактерни нарушения:  
(1) безсъние (инсомния): (i) *lorazepam* – 0.5-1 mg P.O. преди лягане; (ii) *trazodon* – 25-100 mg P.O. преди лягане; (iii) *zolpidem* – 5 mg P.O. преди лягане; (iv) *mirtazapine* – 7.5-30 mg P.O. преди лягане; (2) дневна сънливост: (i) *caffeine* – 100-200 mg P.O. всеки 6 часа, последна доза в 16.00 ч.; (ii) *methylphenidate* – започва се с 2.5-10 mg P.O. два пъти дневно, втора доза – не по-късно от 6 часа преди лягане; (iii) *dextroamphetamine* – 2.5-10 mg P.O. два пъти дневно, втора доза – не по-късно от 12 часа преди лягане; (iv) *modaphinil* – 100-400 mg P.O. всяка сутрин.

**В**

- При терминално болни с рефрактерна инсомния и липса на оптимален контрол се препоръчва допълващо лекарствено лечение преди лягане с: (1) *chlorpromazine* – 25-100 mg P.O./ректално преди лягане; (2) *quetiapine* – 25-50 mg P.O.
- При онкологични пациенти, неповлияващи се от лечение, се препоръчва повторна оценка на допринасящите причини и промяна на терапията.



*При онкологични пациенти с нарушение на цикъла сън/бодърстване терапията трябва да е комплексна, включваща различни специалисти.*

**Скала на Epworth за оценка на сънливост**

Страдате ли от нарушения на съня и бодърстването?

Отговорете на следните въпроси и ще получите оценка на Вашето състояние от специалист по медицина на съня. Моля определете степента на сънливост, която имате в изброените ситуации, като използвате следната скала за оценка: 0 - Не задрямвам

- 1 - Понякога задрямвам
- 2 - Често задрямвам
- 3 - Винаги задрямвам

Отбележете от 0 до 3 във всяко от празните полета:

Степен на сънливост	Ситуация
	Седа и чета
	Гледам телевизия

	Седа спокойно на публично място, например театър или събрание
	Ако ме возят в кола за 1 час без прекъсване
	Полегнал съм да си почина след обяд
	Седа и говоря с някого
	Седа спокойно след обяд
	В спряла поради уличното задръстване кола

Отбележете кои от следните състояния се отнасят за Вас:

	Хъркане по време на сън
	Спиране на дишането по време на сън
	Повишена дневна сънливост и умора
	Неотморяващ сън
	Наднормено телло

	Намалена концентрация и внимание
	Повишено артериално налягане
	Трудно заспиване и чести пробуждания по време на сън/сутрешно главоболие
	Неспокойствие/неприятни усещания в долни крайници, предимно вечер и в покой

## ЛИТЕРАТУРА

- Savard J, Morin CM. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *J Clin Oncol* 2001; 19 :895-908
- NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America. Alexandria, VA: National Hospice and Palliative Care Organization; 2013
- NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America. National Hospice and Palliative Care Organization; 2012
- Mack JW, Chen K, Boscoe FP, et al. Underuse of hospice care by Medicaid-insured patients with stage IV lung cancer in New York and California. *J Clin Oncol* 2013; 31: 2569-2579
- Morden NE, Chang CH, Jacobson JO, et al. End-of-life care for Medicare beneficiaries with cancer is highly intensive overall and varies widely. *Health Aff (Millwood)* 2012; 31: 786-796
- Page MS, Berger AM, Johnson LB. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for sleep-wake disturbances. *Clin J Oncol Nurs* 2006; 10: 753-767
- Mack JW, Smith TJ. Reasons why physicians do not have discussions about poor prognosis, why it matters, and what can be improved. *J Clin Oncol* 2012; 30: 2715-2717
- Palesh OG, Roscoe JA, Mustian KM, et al. Prevalence, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program. *J Clin Oncol* 2010; 28: 292-298
- Savard J, Ivers H, Villa J, et al. Natural course of insomnia comorbid with cancer: an 18-month longitudinal study. *J Clin Oncol* 2011; 29: 3580-3586
- Palesh O, Aldridge-Gerry A, Ulusakarya A, et al. Sleep disruption in breast cancer patients and survivors. *J Natl Compr Canc Netw* 2013; 11: 1523-1530
- Yennurajalingam S, Chisholm G, Palla SL, et al. Self-reported sleep disturbance in patients with advanced cancer: Frequency, intensity, and factors associated with response to outpatient supportive care consultation – A preliminary report. *Palliat Support Care* 2013; 1-9
- Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14: 540-545
- Payne RJ, Hier MP, Kost KM, et al. High prevalence of obstructive sleep apnea among patients with head and neck cancer. *J Otolaryngol* 2005;34:304-311.
- Stern TP, Auckley D. Obstructive sleep apnea following treatment of head and neck cancer. *Ear Nose Throat J* 2007; 86: 101-103
- Antonescu-Turcu A, Parthasarathy S. CPAP and bi-level PAP therapy: new and established roles. *Respir Care* 2010; 55: 1216-1229
- Bassetti CL, Bornatico F, Fuhr P, et al. Pramipexole versus dual release levodopa in restless legs syndrome: a double blind, randomised, cross-over trial. *Swiss Med Wkly* 2011; 141: w13274
- Ferini-Strambi L, Aarskog D, Partinen M, et al. Effect of pramipexole on RLS symptoms and sleep: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Sleep Med* 2008; 9: 874-881
- Kaplan PW, Allen RP, Buchholz DW, Walters JK. A double-blind, placebo-controlled study of the treatment of periodic limb movements in sleep using carbidopa/levodopa and propxoxyphene. *Sleep* 1993; 16: 717-723

19. Manconi M, Ferri R, Zucconi M, et al. Pramipexole versus ropinirole: polysomnographic acute effects in restless legs syndrome. *Mov Disord* 2011; 26: 892-895
20. Montplaisir J, Nicolas A, Denesle R, Gomez-Mancilla B. Restless legs syndrome improved by pramipexole: a double-blind randomized trial. *Neurology* 1999; 52: 938-943
22. Trenkwalder C, Garcia-Borreguero D, Montagna P, et al. Ropinirole in the treatment of restless legs syndrome: results from the TREAT RLS 1 study, a 12 week, randomised, placebo controlled study in 10 European countries. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 92-97
23. Walters AS, Ondo WG, Dreykluft T, et al. Ropinirole is effective in the treatment of restless legs syndrome. TREAT RLS 2: a 12-week, double-blind, randomized, parallel-group, placebo-controlled study. *Mov Disord* 2004; 19: 1414-1423
24. Berger AM. Update on the state of the science: sleep-wake disturbances in adult patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2009; 36: E165-177
25. Harsora P, Kessmann J. Nonpharmacologic management of chronic insomnia. *Am Fam Physician* 2009; 79: 125-130
26. Jungquist CR, O'Brien C, Matteson-Rusby S, et al. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain. *Sleep Med* 2010; 11: 302-309
27. Howell D, Oliver TK, Keller-Olaman S, et al. Sleep disturbance in adults with cancer: a systematic review of evidence for best practices in assessment and management for clinical practice. *Ann Oncol* 2013. doi: 10.1093/annonc/mdt506
28. Garland SN, Carlson LE, Stephens AJ, et al. Mindfulness-based stress reduction compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia comorbid with cancer: a randomized, partially blinded, noninferiority trial. *J Clin Oncol* 2014; 32: 449-457
29. Morin C, Espie C. *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic; 2003
30. Davidson JR, Waisberg JL, Brundage MD, MacLean AW. Nonpharmacologic group treatment of insomnia: a preliminary study with cancer survivors. *Psychooncology* 2001; 10: 389-397
31. Quesnel C, Savard J, Simard S, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 189-200
32. Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM. Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *J Clin Oncol* 2005; 23: 6083-6096
33. Dirksen SR, Epstein DR. Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *J Adv Nurs* 2008; 61: 664-675
34. Epstein DR, Dirksen SR. Randomized trial of a cognitive-behavioral intervention for insomnia in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34: E51-59
35. Espie CA, Fleming L, Cassidy J, et al. Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4651-4658
36. Berger AM, VonEssen S, Khun BR, et al. Feasibility of a sleep intervention during adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 2002; 29: 1431-1441
37. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American academy of sleep medicine report. *Sleep* 2006; 29: 1415-1419
38. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med* 2008; 4: 487-504
39. Ahles TA, Tope DM, Pinkson B, et al. Massage therapy for patients undergoing autologous bone marrow transplantation. *J Pain Symptom Manage* 1999; 18: 157-163
40. Post-White J, Kinney ME, Savik K, et al. Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integr Cancer Ther* 2003; 2: 332-344

41. Cassileth BR, Vickers AJ. Massage therapy for symptom control: outcome study at a major cancer center. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 244-249
42. Cohen L, Warneke C, Fouladi RT, et al. Psychological adjustment and sleep quality in a randomized trial of the effects of a Tibetan yoga intervention in patients with lymphoma. *Cancer* 2004; 100: 2253-2260
43. Kim SD, Kim HS. Effects of a relaxation breathing exercise on fatigue in haemopoietic stem cell transplantation patients. *J Clin Nurs* 2005; 14: 51-55
44. Kim SD, Kim HS. Effects of a relaxation breathing exercise on anxiety, depression, and leukocyte in hemopoietic stem cell transplantation patients. *Cancer Nurs* 2005; 28: 79-83
45. Carlson LE, Specia M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med* 2003; 65: 571-581
46. Carlson LE, Specia M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29: 448-474
47. Shapiro SL, Bootzin RR, Figueredo AJ, et al. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *J Psychosom Res* 2003; 54: 85-91
48. Cohen M, Fried G. Comparing Relaxation Training and Cognitive-Behavioral Group Therapy for Women With Breast Cancer. *Research on Social Work Practice* 2007; 17: 313-323
49. Kim SW, Shin IS, Kim JM, et al. Effectiveness of mirtazapine for nausea and insomnia in cancer patients with depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62: 75-83.
50. Stewart SA. The effects of benzodiazepines on cognition. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 Suppl 2: 9-13
51. U.S. Food and Drug Administration. Zolpidem containing products: Drug safety communication – FDA requires lower recommended doses. 2013
52. Bruera E, Fainsinger R, MacEachern T, Hanson J. The use of methylphenidate in patients with incident cancer pain receiving regular opiates. A preliminary report. *Pain* 1992; 50: 75-77

### 2.2.5. Контрол на гадене и повръщане

*Николай Йорданов, Мария Тодорова*

**Превенция на гадене и повръщане (ГиП) при химиотерапия. Превенция на остро ГиП при високо еметогенна химиотерапия.** За превенция на остро гадене и повръщане след химиотерапия с висок еметогенен риск се препоръчва прилагането на комбинация от три медикамента, включваща еднократни дози на 5-НТЗ-рецепторен антагонист, *dexamethasone* и *aprepitant (fosaprepitant)* преди провеждане на химиотерапия.<sup>1,2</sup>

**Превенция на късно ГиП след високо еметогенна химиотерапия.** При болни, лекувани с *cisplatin* и получили комбинация от *aprepitant (fosaprepitant)*, 5-НТЗ-рецепторен антагонист и *dexamethasone* за превенция на остро гадене и повръщане, се препоръчва за профилактика на късно гадене и повръщане да се приложи комбинация от *dexamethasone* и *aprepitant*, която превъзхожда по ефективност самостоятелен *dexamethasone*. Ако *fosaprepitant* е бил приложен на ден 1, се препоръчва прилагането само на *dexamethasone* в ден 2-4 след химиотерапия.

**Превенция на остро ГиП при умерено еметогенна химиотерапия.** При жени, които получават комбинация от антарциклини и *cyclophosphamide* (АС), е налице особено висок еметогенен риск. За превенция на остро гадене и повръщане се препоръчва прилагането на тройна комбинация, която включва еднократна доза на 5-НТЗ-рецепторен антагонист, *dexamethasone* и *aprepitant (fosaprepitant)*, приети преди химиотерапия. Ако няма NK1-рецепторен антагонист за АС химиотерапия, препоръчван и предпочитан 5-НТЗ-рецепторен антагонист е *palonosetron*.

**Превенция на отложено ГиП, индуцирано от високо еметогенна химиотерапия.** Гадене и повръщане, което се развива в рамките на 24 часа след прилагане на химиотерапия, се нарича отложено. Редица фактори предсказват появата му, като засега най-важен остава поява и отсъствие на остро ГиП; почти два пъти повече болни, които са изпитвали ГиП в първите 24 часа след прилагане на *cisplatin*, развиват отложено ГиП в сравнение с болните, при които не е било наблюдавано остро ГиП. Други важни прогностични фактори са още протекцията срещу поява на ГиП при предишни курсове, доза на *cisplatin*, възраст и пол; ето защо е важно всички болни, които провеждат химиотерапия с *cisplatin*, да получат профилактика на отложено ГиП. Установено е че *aprepitant* предлага протекция срещу отложено ГиП, независимо от отговора към него в остра фаза. Не е известна оптималната доза на *dexamethasone* за профилактика на отложено ГиП, индуцирано от химиотерапия с *cisplatin*. Предлага се еднократното прилагане на *aprepitant* в доза от 80 mg p. o., ден 2 и 3 след прилагане на *cisplatin*.

**Превенция на остро ГиП, индуцирано от умерено еметогенна химиотерапия.** Пациенти, които получават умерено еметогенна химиотерапия, трябва да получават комбинация от 5-НТЗ-рецепторен антагонист и *dexamethasone* като стандартна антиеметична профилактика. Изключение се прави само за режима АС, при който се препоръчва прилагане и на *aprepitant*, което се основава на базата на проучване на 866 болни с карцином на гърда.

**Превенция на отложено ГиП от умерено еметогенна химиотерапия.** Доказано е, че прилагане на *ondansetron*, *dolasetron* и *dexamethasone*, приети през устата, са по-добри от плацебо при профилактика на отложеното ГиП, индуцирано от умерено еметогенна химиотерапия.

**Превенция на късно ГиП след умерено еметогенна химиотерапия.** При болни, които са получили курс на химиотерапия с умерен еметогенен риск (който не включва АС) и при които е приложен *palonosetron*, се препоръчва няколкодневно лечение с *dexamethasone*, приет през устата, с цел превенция на късно ГиП.

**Превенция на ГиП, индуцирана от многодневна химиотерапия с *cisplatin*.** Прилагането на комбинация от 5-НТЗ-рецепторен антагонист плюс *dexamethasone* при пациенти, които провеждат петдневен курс на лечение с *cisplatin* за тестикуларен шарцином, най-често нямат ГиП в първите три дни от лечението. Най-тежко ГиП обичайно се наблюдава в дни 4 и 5 и много често продължава и през дни 6-8. Не е известно дали това е израз на отложено ГиП от дни 1 и 2; ето защо се предлага прилагане на стратегия, подобна на тази, използвана за превенция на остро ГиП при високодозна еднократна химиотерапия с *cisplatin*. Няма подходящи правила за провеждане на спасителна антиеметична терапия или антиеметично лечение при високодозна химиотерапия (т.е. при трансплантация); 5-НТЗ-рецепторни антагонисти трябва да се приемат ежедневно в дни от 1 до 5, с изключение на *palonosetron*, който трябва да се прилага само в ден 1, 3 и 5

**Превенция на остро ГиП при нисък еметогенен риск.** Препоръчва се монотерапия с един антиеметичен медикамент, като *dexamethasone*, 5-НТЗ-рецепторен антагонист или антагонист на допаминовите рецептори, напр. *metoclopramide*, за профилактика на остро гадене и повръщане при пациенти, получаващи лечение с агенти с нисък еметогенен риск.

**Превенция на остро ГиП при минимален еметогенен риск.** Не се препоръчва рутинното прилагане на антиеметична профилактика преди химиотерапия при болни, при които няма анамnestични данни за ГиП. Ако болният получи остро ГиП при следващ

цикъл на химиотерапия, трябва да се приложат правилата за профилактика, характерни за цитостатици с по-високо ниво на еметогенен риск.

**Превенция на късно ГиП при нисък и минимален еметогенен риск.** Не се налага прилагането на антиеметични средства за превенция на късното гадене и повръщане след провеждането на химиотерапия с нисък и минимален еметогенен риск. Въпреки че е необичайно за това ниво на еметогенен риск, болните се съветват при поява на късно ГиП при провеждане на следващи цикли на химиотерапия да се приложи профилактика, обичайна за по-високо ниво на еметогенен риск.

**Превенция на изпреварващо ГиП (емезис при очакване, очаквателно ГиП).** Най-добрият подход за превенция на изпреварващо ГиП е постигане на възможно най-добър контрол на остро и късното ГиП. Поведенчески терапии и по-точно – обучение в техники на мускулна релаксация, системна десенситизация и хипноза, също могат да бъдат използвани за лечение на изпреварващо ГиП. Бензодиазепините са единствените медикаменти, които намаляват честотата на проява на изпреварващото гадене и повръщане, но тяхната ефективност има тенденция да намалява с продължаването на химиотерапевтичното лечение.

**Превенция на ГиП при лъчелечение.** При провеждане на съчетано лъчехимиолечение антиеметичната профилактика се определя от категорията на еметогенния риск на приложената химиотерапия, с изключение на случаи, когато рискът от ГиП, предизвикано от лъчелечението, не е по-висок.

**Превенция на ГиП при високо еметогенно лъчелечение.** Прилага се при болни, които получават високо еметогенно лъчелечение: цялостелно облъчване, облъчване на всич-

ки лимфни вериги. Тези пациенти трябва да получат 5-НТЗ-рецепторен антагонист + *dexamethasone*.

**Превенция на ГиП при умерено еметогенно лъчелечение.** Болни, които получават умерено еметогенно лъчелечение, трябва да получават 5-НТЗ-рецепторен антагонист и като опция – кратък курс на лечение с *dexamethasone*.

**Превенция на ГиП при лъчелечение с нисък еметогенен риск.** Прилага се при пациенти, които получават лъчелечение с нисък еметогенен риск: череп, краниоспинална зона, глава и шия, долни етажи на торакс, таз. Болни, които получават лъчелечение с нисък еметогенен риск, трябва да получават профилактично или спасително лечение с 5-НТЗ-рецепторен антагонист.

**Рефрактерно ГиП и спасителна антиеметична терапия.** Антиеметичните средства са най-ефективни, когато се прилагат профилактично, защото вече развитото се повръщане е трудно за овладяване и води до значително нарастване на ролята на очаквателното ГиП в следващите курсове на химиотерапия. Ето защо се предпочита при-

лагане на максимално ефективна антиеметична комбинация още в самото начало, а не когато приложените по-малко ефективни антиеметични средства са се провалили.

Няма точна дефиниция на понятията *спасителна антиеметична терапия* и *рефрактерно ГиП*. Най-често като спасителна антиеметична терапия се разбира прилагане на антиеметични средства, назначавани при нужда на пациенти за лечение на пробивно ГиП (breakthrough emesis).<sup>2</sup> Няма провеждани двойно слепи, рандомизирани клинични проучвания, които да изследват този аспект на антиеметично поведение. Няколко клинични проучвания определят рефрактерното повръщане като емезис в предишния цикъл на химиотерапия, но без емезис преди следващия цикъл на химиотерапия.<sup>2</sup> Прилагани са различни подходи за поведение – преминаване от един 5-НТЗ-рецепторен антагонист към друг, добавяне на антагонист на допаминовите рецептори или бензодиазепини. Прилагани са още канабиноиди и *olanzepine*, които въздействат на допаминовите, серотониновите, мускариновите и хистаминови рецептори. Някои изследвания показват добър ефект от прилагане на NK1-рецепторен антагонист към вече приложена комбинация от 5-НТЗ-рецепторен антагонист и *dexamethasone*.<sup>2</sup>

А	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ При пациенти, получаващи умерено еметогенна химиотерапия, свързана със значителна честота на отложено гадене и повръщане, се препоръчва рутинно провеждане на профилактика.</li> <li>■ При пациенти, приемащи многодневна <i>cisplatin</i>, се препоръчва 5-НТЗ-рецепторен антагонист плюс <i>dexamethasone</i> за превенция на остро гадене и повръщане и <i>dexamethasone</i> – за профилактика на късно гадене и повръщане.</li> </ul>
В	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ При пациенти, лекувани с <i>cisplatin</i>, се препоръчва комбинация от <i>aprepitant</i>, <i>dexamethasone</i> и 5-НТЗ-рецепторен антагонист с цел профилактика на остро гадене и повръщане.</li> </ul>



**В**

- За профилактика на остро гадене и повръщане, индуцирано от умерено еметогенна химиотерапия, се препоръчва прилагане на комбинация от *palonosetron* плюс *dexamethasone*.
- При жени с карцином на гърда, получаващи химиотерапия с антрациклин плюс *cyclophosphamide*, се препоръчва тройна антиеметична профилактика с еднократно прилагане на 5-НТЗ-рецепторен антагонист плюс *dexamethasone*, плюс *aprepitant*.
- При пациенти, получаващи умерено еметогенна химиотерапия, която не включва антрациклини и *cyclophosphamide*, се препоръчва прилагане на *palonosetron* и няколкодневна профилактика на отложено гадене и повръщане с перорален *dexamethasone*.
- При жени с карцином на гърда, получаващи химиотерапия с антрациклин плюс *cyclophosphamide*, при които е проведена тройна профилактика на остро гадене и повръщане, се препоръчва *aprepitant* за профилактика на отложено гадене и повръщане.
- При пациенти, получаващи умерено еметогенна химиотерапия, при които е приложен *palonosetron*, се препоръчва няколкодневно лечение с перорален *dexamethasone* с цел превенция на късно гадене и повръщане.
- Като най-добър подход за превенция на изпреварващо гадене и повръщане от химиотерапия се препоръчва постигане на възможно най-добър контрол на остро и късното гадене и повръщане.
- За намаляване на честотата на изпреварващо гадене и повръщане от химиотерапия се препоръчват бензодиазепини.
- При пациенти, получаващи високо еметогенно лъчелечение, се препоръчва 5-НТЗ-рецепторен антагонист плюс *dexamethasone*.
- При пациенти, получаващи умерено еметогенно лъчелечение, се препоръчва 5-НТЗ-рецепторен антагонист и като опция – кратък курс на лечение с *dexamethasone*.
- При пациенти, получаващи лъчелечение с нисък еметогенен риск, се препоръчва профилактично или спасително лечение с 5-НТЗ-рецепторен антагонист.

**Д**

- При пациенти, получаващи *cisplatin* на ден 1-5, се препоръчва обсъждане за добавяне на NK1-рецепторен антагонист (*aprepitant* или *fosaprepitant*) при започване на лечение.

D

- За профилактика на остро гадене и повръщане при пациенти, получаващи агенти с нисък еметогенен риск, се препоръчва монотерапия с един антиеметичен медикамент (*dexamethasone*, 5-НТЗ-рецепторен антагонист или антагонист на допаминовите рецептори, напр. *metoclopramide*).
- Не се препоръчва рутинно прилагане на антиеметична профилактика преди химиотерапия с минимален еметогенен риск, при които няма анамнестични данни за гадене и повръщане. При поява на остро гадене и повръщане се препоръчва в следващия цикъл на химиотерапия да се приложат правилата за профилактика при по-високо ниво на еметогенен риск.
- Не се препоръчва прилагане на антиеметични средства за превенция на късно гадене и повръщане след химиотерапия с нисък и минимален еметогенен риск.



*Симптомите на гадене и повръщане, свързани с химиотерапия и/или лъчелечение, обуславят в голяма степен качеството на живот на онкологичните пациенти, поради което изискват прецизен и оптимален контрол.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Roila F, Herrstedt J, Aapro M, et al. Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: Results of the Perugia consensus conference. *Ann Oncol* 2010; 21 (Supl. 5): 232-243
2. Richard J. Gralla M, Fausto Roila M, et al. MASCC/ESMO Antiemetic Guideline 2013 [Internet]. 2014. Available at: [www.mascc.org/assets/Guidelines.../mascc\\_antiemetic\\_english\\_2014.pptx](http://www.mascc.org/assets/Guidelines.../mascc_antiemetic_english_2014.pptx)

### 2.2.6. Контрол на обстипация и диария

Веселина Ганчева

В различни стадии на лечение и рехабилитация при антитуморна терапия симптомите на диария и обстипация са едни от тежките проблеми за овладяване. Важна част от контрола им са: превенция, точна оценка на състоянието, рискови фактори, ефективност на медикаментозни и немедикаментозни мерки, влияние на симптомите върху поведението, физическото и емоционалното състояние на пациента.<sup>1-3</sup>

**Обстипация. Превантивни мерки.** Алгоритъмът за превенция предвижда следните стъпки: (1) профилактични лекарства; (2) стимулиращи лаксатива, фекален омекотител (напр. *senna* ± *docuzate sodium* – 2 таблетки всяка сутрин (максимално 8-12 таблетки дневно); (3) *polyethylen glycol* (1 капачка в 220 g вода, Р.О. два пъти дневно); (4) поддържане на адекватен прием на течности; (5) макар че се препоръчва поддържане на адекватен прием на хранителни влакнини чрез добавки с фибри, като *psilium* (напр. *Metamucil*), малко вероятно е да се постигне контрол на констипацията, индуцирана от опиоиден аналгетик, затова не се препоръчва; (6) приложение само на фекален омекотител (*docuzate sodium*) не може да осигури полза при добре хидратирани пациенти; (7) физически упражнения, ако е възможно.

**Контрол на обстипация.** Следват се следните стъпки<sup>2</sup>: (1) оценка на причина и тежест на обстипация; (2) изключване на чревна непроходимост; (3) титриране на фекален омекотител (лаксатива), ако е необходимо, с цел постигане на едно нефорсирано изхождане на всеки 1-2 дни. Ако обстипацията персистира: (1) нова оценка на причина и тежест на обстипация, изключване на чревна непроходимост; (2) проверка за непро-

ходимост, причинена от фекални маси; (3) обсъждане на добавяне на друго средство, например *magnesium hydroxide* – 30-60 ml дневно; *bisacodil* – 2-3 таблетки дневно Р.О.; една ректална супозитория дневно; *lactulose* – 30-60 ml дневно; *sorbitol mannitol* – 30 ml на всеки 2 часа x 3, а след това – при нужда; *magnesium cytricum* – 220 g Р.О. дневно или *polyethylen glycol* (1 капачка в 220 g вода, Р.О. два пъти дневно); (4) клизма с *fleet*, физиологичен разтвор или чешмяна вода; (5) обсъждане на прокинетино средство (например *metoclopramide* – 10-15 mg Р.О. 4 пъти дневно; ограничаване на хронична употреба максимално до три месеца поради възможни неврологични усложнения (късна дискинезия), особено при пациенти със силно влошено здравословно състояние в старческа възраст; (6) когато отговорът към терапията с лаксатива не е достатъчен за констипация, индуцирана от опиоиден аналгетик при пациенти с авансирала болест, обсъжда се приложение на антагонист *naltrexon* – 0.15 ml/kg S.C., максимално една доза дневно; (7) при упорита хронична обстипация се обсъжда смяна на опиоидния аналгетик с *fentanyl* или *methadone*; (8) обсъждане на невроадаптивни аналгетици, невроаблативни техники или други интервенции за намаляване на болката, облекчаване на констипацията и/или понижаване на дозата на опиоидния аналгетик.

**Диария.** Тя е тежък симптом, съпътстващ антитуморна терапия.<sup>2</sup> При над 50 % от онкологичните пациенти се наблюдава влошен хранителен статус. Причините за диария могат да бъдат свързани както с тумора, така и с провеждане на антитуморна терапия – след лъчелечение или химиотерапия. Дразтична може да е диария, съпровождаща лечението с *irinotecan*. В случаите на късна диария, когато се прецени, че пациентите няма да спазват препоръките за контрол на нежелани реакции (незабавно и продължително противодиарийно лечение, комбинирано с прием на голямо количество течности), се препоръчва наблюдение в болница. Когато *irinotecan* се прилага като моноте-

рапия, обикновено е в триседмична схема на дозиране; при пациенти, нуждаещи се от наблюдение или при такива, които са изложени на висок риск от тежка неутропения, може да се обмисли прилагане на едноседмично дозиране.

**Късна диария.** Пациентите трябва да бъдат предупреждавани за риск от късна диария, явяваща се след повече от 24 часа след прилагане на *irinotecan* и по всяко време преди следващ цикъл на вливане. При монотерапия средното време на поява на първо течено изхождане е на пет дни след вливане на продукта. Пациентите трябва бързо да уведомят лекуващия си лекар и да започнат подходящо лечение. С повишен риск от поява на диария са пациенти, при които е проведено лъчелечение в областта на таз или корем, пациенти с предхождаща хиперлевкоцитоза, с пърформанс статус > 2 (по ECOG) и жени. Ако не се лекува правилно, диарията може да застраши живота на пациента, особено съчетана с неутропения. Още при поява на първи течни изпражнения пациентът трябва да започне да приема големи количества течности, съдържащи електролити, и подходящи лекарства. Лечението се предписва в лечебното заведение,

в което се провежда противотуморната терапия. След напускане на болницата пациентът трябва да се снабди с предписаните му лекарства и да започне да ги приема при поява на диарията. Препоръчаната противодиарийна терапия се състои във високи дози *loperamide* (4 т% на първи прием и по 2 т% на всеки 2 часа); поддържа се 12 часа след последно течено изхождане и не трябва да се променя; не трябва да се прилага в продължение на повече от 48 последователни часа в посочената дозировка поради опасност от паралитичен илеус; не трябва да се прилага в продължение на по-малко от 12 часа. При диария, свързана с тежка неутропения, е необходимо профилактично прилагането на широкоспектърни антибиотици. Хоспитализация се препоръчва при следните случаи: (1) диария, съчетана с повишена температура; (2) тежка диария, при която се налага интравенозна рехидратация; (3) диария, персистираща повече от 48 часа след начало на терапията с *loperamide* във високи дози. *Loperamide* не трябва да се прилага профилактично дори при пациенти, които са имали късна диария при предишни цикли с *irinotecan*. При пациенти с анамнеза за предходна тежка диария се препоръчва намаляване на дозата на *irinotecan* в следващите цикли.

**В**

- За превенция на обстипация се препоръчва прилагане на стимулиращ лаксатив, със или без фекален омекотител (*senna ± docusate*), *polyethylene glycol*, или повишаване на дозата на лаксатив при повишаване на дозата на опиоидни аналгетици.
- Препоръчва се адекватен прием на течности и физически упражнения, ако е възможно.
- При обстипация се препоръчва оценка на причината и тежестта ѝ, а след изключване на чревна непроходимост се препоръчва титриране с фекален омекотител с цел постигане на едно нефорсирано изхождане на всеки 1-2 дни.

**В**

- При персистираща обстипация се препоръчва нова оценка на причината и тежестта ѝ, изключване на чревна непроходимост, след което се препоръчва добавяне на друго средство (*magnesium sulfate*, *bisacodyl*, *lactulose*, а след това при нужда – *magnesium cytricum* или *polyethylene glycol*, клизма с физиологичен разтвор или чешмяна вода.
- При пациенти със силно влошено здравословно състояние в старческа възраст се препоръчва обсъждане на прокинетично средство (*metoclopramide*).
- Когато отговорът към лаксативи при обстипация, индуцирана от опиоиден анагетик, не е достатъчен, се препоръчва обсъждане на *methylnaltrexone*.
- При упорита хронична констипация се препоръчва смяна на пероралния опиоиден анагетик с трансдермален *fentanyl*.

**С**

- При поява на първи течни изпражнения се препоръчва прием на големи количества течности, съдържащи електролити.
- Препоръчаната при диария терапия се състои във високи дози *loperamide* (4 табл. на първи прием и по 2 табл. на всеки 2 часа); поддържа се 12 часа след последно течно изхождане и не трябва да се прилага в продължение на повече от 48 последователни часа.
- При диария, свързана с неутропения, се препоръчва прилагане на широкоспектърни антибиотици.
- Хоспитализация се препоръчва при диария, съчетана с фебрилитет, персистираща повече от 48 часа след начало на терапия с високи дози *loperamide*.
- При пациенти с предходна тежка диария се препоръчва обсъждане за намаляване на дозата на анти tumorната терапия.



- За да се постигне оптимизирано качество на живот при онкологични пациенти с обстипация, трябва да се извършва непрекъсната повторна оценка с цел да се определи дали състоянието налага промяна в стратегиите на лечение.
- При лечение на диаричен симптом лекуващите специалисти трябва да обяснят на пациентите важността на предприеманите мерки и стриктното им прилагане.
- Трябва да се балансира очакваната полза от анти tumorно лечение с потенциалния риск от развитие на странични реакции като диария или обстипация.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Hui D, Mori M, Parsons HA, et al. The lack of standard definitions in supportive and palliative oncology literature. *J Pain Symptom Manage* 2012; 43: 582-592
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative care, v.1.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
3. Smith TJ, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The Integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012; Available at: [www.jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2011.38.5161](http://www.jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2011.38.5161)

**2.2.7. Контрол на задух***Валентин Власаков*

American Thoracic Society (ATS) дефинира диспнеята като субективно възприятие на некомфортно дишане, което флукутира по своя интензитет; то се влияе от комплексни физически, психически, социални и други околни фактори и може да отключи физиологични и поведенчески реакции. Чувство на недостиг на въздух изпитват около 52% от болните с прогресираща малигнена болест, като най-често е при белодробен карцином – 74.3%. Сравнен с други оплаквания, задухът е най-натоварващ за пациента и близките му, предизвиква телесна немощ и социална изолация и е тясно свързан със страха и паниката, които отключват *circulus vitiosus*, водещ до чести хоспитализации.

**Оценка на задух.** Обективните методи (кръвногазов анализ и функционални тестове) и клиничното изследване недостатъчно корелират със субективното възприятие. Важна информация се получава както от самия пациент (с визуално- или цифровоаналогова скала, VAS, NRS), така и от близки, и от медицинския персонал. Опитът да обективизира ситуацията трябва да се базира на цялата достъпна информация и включва: (1) анамнеза за задух; (2) начало, остър или хроничен задух; (3) цикличност; (4) връзка с дневния режим; (5) наличие на съпътстващи симптоми; (6) наличие на средства за повлияване – медикаменти, позиция, кислород; (7) клинично изследване: (i) оглед – цианоза, тираж, включване на спомагателна мускулатура, ортопносе; (ii) когнитивно състояние – неспокойствие, апатия, сопор; (iii) дихателна честота, пулс, артериално налягане; (iv) аускултация – наличие на секрети, инспираторен или експираторен стридор, хрипове; (8) самооценка на пациента – от липса на задух до максимално тежък задух (според VAS, NRS).

За провеждане на правилно лечение е необходимо да се установи дали задухът е следствие от основната болест и има ли терапевтични опции за неговото повлияване: (1) причини, свързана с малигнената болест, и опции за лечение; (2) тумор или метастази, ангажирали белодробен паренхим (обсъждане за оперативно лечение); (3) обструкция на дихателни пътища, ателектази (обсъждане за стентирание); (4) тумори или метастази на плевра; (5) малигнен плеврален или перикарден излив (пункция, плевродеза); (6) синдром на горна куха вена (обсъждане за лъчелечение); (7) парализа на нервус френикус; (8) патологични фрактури на структури от гръдна стена (обсъждане за аналгетици); (9) трахеоезофагеална фистула (обсъждане за оперативно лечение); (10) пневмония (обсъждане за антибиотично лечение); (11) кахексия (обсъждане за парентерално хранене); (12) анемия (обсъждане за хемотрансфузия); (13) асцит (обсъждане за паратцентеза). Необходимо е да се оценят причини, свързани с проведено лечение: (1) състояние след белодробна резекция; (2) радиационен пневмонит; (3) белодробна фиброза, индуцирана от химиотерапия; (4) кардиомиопатия, индуцирана от химиотерапия. Причини, несвързани с малигнената болест и каузалното лечение, са следните: (1) ХОББ, (2) астма (обсъждане за бронходилататори); (3) аспирация на чуждо тяло (обсъждане за бронхоскопия); (4) пневмоторакс (обсъждане за дренаж); (5) сърдечна недостатъчност (обсъждане за антиаритмици, дигиталис); (6) кардиогенен шок (обсъждане за катехоламини); (7) затлъстяване (обсъждане за промяна на хранителния режим); (8) страхова невроза и други психични отклонения (обсъждане за седатива, антидепресанти).

**Контрол на задух.** Терапията на задуха зависи от отговорите на три въпроса: (i) оптимална ли е терапията на основната болест; (ii) има ли резервбилна причина за задух и има ли терапевтична опция с потенциал за успех; (iii) каква да бъде симптоматичната

терапия на задуха, ако няма каузален подход. Единствена група медикаменти с доказан ефект за облекчаване на задух при онкологични пациенти са опиатите – *morphine*, *dihydrocodeine* и *diamorphine* в парентерални и перорални форми. Механизмът на действие не е напълно изяснен и вероятно се основава както на повлияване на опиатните рецептори в кардиореспираторния тракт, така и на модулиране на възприятието на задуха. Ефективната им доза е по правило по-ниска от дозата, необходима за аналгезия. При пациенти, неполучавали опиати, се започва с титрираща доза *morphine* от 10-30 mg дневно до постигане на добър ефект (при 90% от пациентите необходимата доза е 20 mg/дневно), след което се преминава към ретардни форми. При пациенти, получаващи опиати за лечение на болка, дневната доза се увеличава постепенно с 25-50% до постигане на ефект. Терапията на страничните действия на опиатите се извършва по

познатите стандарти, като опасност от кумулация има особено при болни с бъбречна недостатъчност, при които трябва да се внимава за симптоми на предозиране – сънливост, халюцинации, еуфория, повръщане, подтискане на дишането. В подобен случай дозировката се намалява или се увеличава интервалът на апликация.

В последните дни/часове преди смърт 70-80% от онкологичните пациенти се оплакват от задух. Много важна е адекватната преценка на симптома, защото във финалната фаза едно затруднено дишане не означава задължително задух. Във този период собствената преценка често е нарушена, а не може безрезервно да се разчита и на преценката на близките. Наличие на симптоми, като неспокойствие, гримасничене, потене, тахипнея, тахикардия, хипертонус, мимика, изразяваща напрежение, индицират прилагане на опиати с анксиолитичен и антитусивен ефект.

<b>A</b>	За симптоматично лечение на задух при болни с нелечима онкологична болест се препоръчват орални или парентерални опиати.
<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ За симптоматично лечение на задух при болни, неполучавали опиати, се препоръчва стандартна доза <i>morphine</i> от 2.5-5 mg през 4 часа P.O. или 1-2.5 mg S.C. на всеки 4 часа, а при пациенти, използващи опиати, се препоръчва увеличаване на дозата с 25%.</li> <li>■ Симптоматично лечение на задух при болни с нелечима онкологична болест и бъбречна недостатъчност с опиати се препоръчва да се провежда според клиничното състояние и наличието или отсъствието на симптоми на кумулация.</li> <li>■ За симптоматично лечение на задух при онкологични пациенти не се препоръчва използване на фенотиазинови производни.</li> <li>■ За симптоматично лечение на задух при онкологични пациенти не се препоръчва използване на кортикостероиди, освен при туморна обструкция на дихателни пътища и карциномен лимфангит.</li> </ul>



**В**

- За симптоматично лечение на задух при онкологични пациенти не се препоръчва използване на антидепресанти.
- За симптоматично лечение на задух при онкологични пациенти се препоръчва използване на помощни средства като ръчен вентилатор за охлаждане на лице и проходилка, канадка или патерици за подобряване на мобилността.
- За симптоматично лечение на задух при нехипоксични онкологични пациенти не се препоръчва кислородотерапия.
- За симптоматично лечение на задух, причинен от синдром на горна празна вена, се препоръчва обсъждане за палиативно лъчелечение със/без приложение на кортикостероиди или химиотерапия.

**С**

- Във финална фаза на живота за симптоматично лечение на задух се препоръчват опиати, а при страхова симптоматика – бензодиазепини.
- За симптоматично лечение на задух при хипоксични онкологични пациенти се препоръчва обсъждане за кислородотерапия според ръководствата за добра клинична практика.
- При липса на оптимален контрол на задуха от опиати се препоръчва добавяне на бензодиазепини – *midazolam* 2.5-5 mg S.C. на 4 часа.
- При малигна ендобронхиална обструкция с диспнея се препоръчва обсъждане за трахеобронхиално стентирание (самостоятелно или в комбинация с други ендобронхиални техники).



- *Правилно провежданата опиатна терапия на онкологичен задух не води до клинично значима дихателна депресия при онкологични пациенти.*
- *При туморна диспнея се препоръчва обсъждане за психологична подкрепа на пациента и близките му.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. American Thoracic Society: Dyspnea, mechanism assessment, and management: a consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 321-340
2. European Society for Medical Oncology. Handbook of Oncological Emergencies: Dyspnea and respiratory failure, 2005; 83-89
3. Leitlinienprogramm Onkologie. S 3 – Leitlinie Palliativmedizin. Atemnot, 2015; 37-58. Available at: [www.leitlinienprogramm-onkologie.de](http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de)
4. Parshall MB, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessments and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2012; 185 (4): 435-452
5. Abernethy AP, et al. Effect of palliative oxygen vs room air in relief of breathlessness in patients with refractive dyspnea: a double-blind randomized controlled trial. *Lancet* 2010; 376: 784-793
6. Reddy SK, et al. Characteristics and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 2009; 12: 29-36

**2.2.8. Контрол на лимфедем***Елена Илиева, Кристина Павлова*

При осигуряването на грижи за пациенти, диагностицирани с онкологична болест, от голямо значение е лечението на вторичния лимфедем (ЛЕ). Лимфедемът е проява на функционална недостатъчност на лимфната система с нарушен лимфен транспорт. Вторичният лимфедем, причинен от онкологична болест, метастазиране, хирургично, химиотерапевтично и лъчелечение, се получава в резултат на блокиране, разкъсване, стесняване, фиброзиране или облитериране на лимфни пътища, което води до затруднено протичане на лимфа. Разпространението на ЛЕ, асоцииран с карцином на гърда (ЛАКГ), по литературни данни варира в интервал между 2% и 83%; установена е честота около 20% при жени с резекция на тумора и дисекция на лимфни възли.<sup>1</sup> Други проучвания показват ниво на разпространение от 33-48% след дисекция на аксиларни лимфни възли и лъчелечение и 5-14% след биопсия на сентинелни лимфни възли. Като цяло, разпространението на ЛЕ е установено в границите от 0.6% до 54%.

Рисковите фактори за развитие на ЛЕ при жени с карцином на гърда, установени при различни проучвания, са следните: инфекция на ръка, възпаление или травма, затлъстяване или напълняване, възраст, операция на доминантна ръка, по-голям брой отстранени лимфни възли, мастектомия, дисекция на лимфни възли, лъчелечение, химиотерапия, менопауза.<sup>2</sup> Няколко по-актуални проспективни кохортни проучвания поставят под въпрос връзката между наднормено тегло и риск от лимфедем.<sup>3</sup> Лимфедем, асоцииран с карцином на гърда, може да се появи веднага или години след лечението, като в повечето случаи се диагностицира в първите три години.<sup>2</sup>

Използват се различни методи за оценка на ЛЕ – обем на изместена течност при потапяне на крайник, измерване на обиколка на крайник на различни фиксирани нива (метакарпофалангеални стави, китка, 10 cm дистално и 12 cm проксимално от латерален епикондил; разлика над 2 cm се счита значима)<sup>4</sup>, перометрия, съдържание на течност чрез биоелектрична импедансна спектроскопия. От образните изследвания се използват лимфосцинтиграфия, магнитнорезонансна томография (МРТ) с контраст, ехография.<sup>5</sup> Лимфедемът причинява чувство на дискомфорт и тежест, функционални ограничения, променен външен вид, психологически дистрес, повишен риск от рецидивиращи инфекции. Има негативен ефект върху качеството на живот (КнЖ) и е едно от най-неприятните усложнение на лечението на карцином на гърда.

**Клинично стадиране и тежест.** Според консенсуса на Международното дружество по лимфология<sup>6</sup> ЛЕ се класифицира в четири стадия.

Стадий 0 (латентен) се развива след резекция на група от регионални лимфни възли; транспортният капацитет на лимфа е намален, но продължава да е по-голям от нормално пълнене на лимфните съдове; отокът не е очевиден; стазата може да съществува месеци или години преди да настъпи забележим оток. При обратим първи стадий (реверзибилен) отокът е от акумулация на високопротеинови течности в интерстициум с развитие на фибросклеротични промени; елевацията на крайник намалява или напълно премахва отока, който е мек и е питинг-тип (при натиск се образува вдлъбнатина). След известен период болестта продължава към спонтанен необратим втори стадий (ирреверзибилен), който се характеризира с тъканини промени; елевацията на засегнат крайник рядко или въобще няма ефект, тъканта става твърда от фибросклеротични промени; налице е увеличен обем на засегнатата област, увеличена обиколка на крайника, има дефицит на фини движения; изисква специфично лече-

ние с периодична повтаряемост и последователност, третира се като хронична болест. Втори стадий може да бъде последван от трети стадий с лимфостатична елефантиаза; настъпват трофични изменения на кожата като акантозис, хиперкератоза и папиломатоза, допълнително отлагане на мазнини и фиброза, брадавици<sup>3</sup>; установява се значително увеличение на обема и обиколката на крайника, заличени кожни гънки, портокалова кожа, липса на окосмяване, чувство на тежест и пълнота, тръпнене, намалена мускулна сила; характеризира се с трайни фиброзни промени в кожа и подкожие. Този начин на оценяване дава представа за тежестта на отока чрез съпоставка на обиколките на крайниците, измерена симетрично през 4 cm и изчислена по формула за обем на пресечен конус: първа степен съответства на минимално < 20% увеличение, втора степен – умерена форма на оток с 20-40% увеличение и трета степен – тежка форма на оток с > 40% увеличение.

Не е възможна абсолютна превенция на ЛАКГ, но напредъкът в диагностицирането на карцинома и въвеждането на нови хирургични техники за лечение дава възможност за редуциране на риска и ранно прилагане на стратегии за подобряване на резултата от лечението и намаляване на прогресията и последиците. Цели на лечението при втори-чен ЛЕ са намаляване на отока, предотвратяване на прогресирането му, облекчаване на симптомите, предотвратяване на инфекции и подобряване на функцията и КнЖ. Поведението при ЛАКГ включва редукция на рискови фактори, обучение на пациента, грижа за кожата, комплексна деконгестивна терапия, упражнения, интермитентна пневматична компресия. Рехабилитацията трябва да се провежда по назначение и контрол на лекар специалист по физикална медицина и рехабилитация след консултация с онколог, хирург и радиолог от рехабилитационен екип.<sup>7</sup> Доколко ранната рехабилитация може да предотврати появата на ЛЕ все още е дискусативно. Две рандомизирани проспективни проучвания заключават, че пациенти, които провеждат ранна постоперативна

рехабилитация и обучение, са с по-нисък риск от развитие на ЛЕ (5-7%) в сравнение с останалите (20-25%).<sup>8,9</sup> Актуално ретроспективно кохортно проучване потвърждава, че обучението и започването на физиотерапия, включваща масаж на белега и упражнения за раменната става (без лимфен дренаж) в първа седмица след операция, намалява риска от лимфедем.<sup>2</sup> Последните, актуализирани през 2014 г., препоръки на Британския център за здраве и добра клинична практика (NICE clinical guidelines, 2014) гласят, че няма доказателства, че упражненията предотвратяват, предизвикват или влошават ЛЕ.

**Комплексна деконгестивна терапия (КДТ).** Има четири компонента: мануален лимфен дренаж (МЛД), компресивна терапия с нискоеластични многопластови превръзки и компресивни ръкави, лечебни физически упражнения за ръка и рамо и упражнения с дълбоко дишане за осигуряване на венозен и лимфен отток. Преди да се пристъпи към нея е необходима оценка на риска. Относителни контраиндикации са изразена застойна сърдечна недостатъчност, остра дълбока венозна тромбоза, остро възпаление или инфекция на засегнатия крайник, активна малигнена болест. Методът се препоръчва при пациенти с тежък и средно изразен ЛЕ и в модифициран вариант – при по-леки форми.<sup>10</sup> Провежда се в две фази: интензивната първа фаза включва всичките четири компонента и се осъществява по назначение и контрол на специалист по физикална и рехабилитационна медицина; във втората поддържаща фаза пациентът осъществява сам грижа за себе си, като периодично се провежда мануален лимфен дренаж от терапевт. Първата фаза обикновено продължава четири седмици; препоръчва се да продължи до плато в подобрението на симптоматиката. Обемът на крайника се редуцира през първите 7-10 дни с около 60%.<sup>11</sup> Други проучвания установяват, че най-съществено редуциране на ЛЕ се получава в рамките на първите три дни на интензивен МЛД.

По време на КДТ се препоръчва поставяне на нискоеластична многопластова компресивна превръзка, а след стабилизиране на резултата се прилага компресивен ръкав.<sup>12</sup> Компресията по време на компресионна терапия варира от 60 до 20 mm Hg.<sup>7</sup> Препоръчва се компресивните ръкави да се носят през целия ден и да се свалят през нощта. През втората фаза са необходими редовни контролни прегледи от специалист по физикална медицина и ако е необходимо, се предписват различни компоненти от КДТ. В тази фаза пациентът трябва да бъде инструктиран сам да полага грижи със самостоятелен МЛД, компресивни ръкави, нощни компресивни превръзки, упражнения, грижи за кожата и адекватно хранене. В проспективно проучване, обхващащо голям брой пациенти на едногодишно проследяване, се заключава, че използвае то на нискоеластични превръзки по време на поддържаща фаза до края на първа година води до допълнително намаляване на отока с 90 ml; използването на еластичен ръкав допълнително намалява с със 118 ml обема в сравнение с група, която не го прилага. При пациенти, които не могат да понесат високи нива на компресия, могат да се прилагат модификации на компресивни превръзки като алтернативни нееластични компресивни устройства.<sup>15</sup> Въпреки че нивото на доказателственост за приложение на компресивни ръкави е умерено<sup>13</sup>, то се препоръчва от експертите<sup>14</sup>. При наличие на периферна артериална болест се налага адекватно модифициране на компресионната терапия; контраиндицирана е при систоличен индекс на налягане под 0.5 и трябва да е под 25 mm Hg, ако индексът е между 0.5 и 0.8. Скорошни научни доказателства подкрепят прилагане на КДТ за подобряване на КнЖ, намаляване на степента на лимфен оток и увеличаване на мотивацията за физически упражнения. Много проучвания само описват ефектите на КДТ, без да сравняват лечебните подходи. Проспективни проучвания установяват, че КДТ в продължение на 2 до 4 седмици достоверно редуцира ЛЕ при проследяване до края на първа година.<sup>7,11</sup> Доказателствата за ефекта на МЛД не са еднопосочни; систематичен пре-

глед на литературата заключава, че приложението на КДТ, МЛД и компресионна терапия са ефективно средство за повлияване на лимфедем.<sup>13</sup> Друг мета-анализ също намира, че прибавянето на МЛД към компресивна терапия значимо повлиява ЛЕ.<sup>18</sup> По-актуален систематичен преглед на РКП заключава, че няма достатъчно научни доказателства за ефекта на МЛД и методологичното качество на проучванията е слабо с клинични и статистически несъответствия.<sup>19</sup> Няма научни доказателства за увеличаване на риска от метастазирание, а лечението не влияе негативно върху върху ефектите на КДТ.<sup>39</sup>

**Обучение на пациента.** Насочено е към методи за предотвратяване на ЛЕ, като прилагане на специфични упражнения, модифициране на ежедневната активност, масаж на белега, поддържане на нормално тегло и предотвратяване на напъняване. Акцентира се върху избягване на травма, инфекция, венепункция и измерване на кръвно налягане върху крайника, турникет<sup>14,21</sup>, стегнати дрехи и бижута, затопяне на крайника, предпазване от слънчева радиация, избягване на груб масаж. Извършва се обучение в позиционно лечение, усвояване на техники за лимфен дренаж и прилагане на стягащи превръзки за поддържаща фаза.<sup>22</sup> Къмплаянсът на пациента е от съществено значение за успешно лечение.

**Физически упражнения.** Контролираната програма от физически упражнения има за цел възстановяване на двигателните обеми, увеличаване на мускулната сила, възстановяване или подобряване на функцията на горни крайници и контрол на оттичането. Нарушеният мускулен дренаж корелира с тежестта на отока, което предполага ключова роля на мускулната лимфатична функция. Лимфният дренаж се стимулира чрез променливо налягане между мускули и външни компресивни превръзки. Дихателните упражнения активират лимфния ток чрез промяна на интраторакалното налягане. В литературата се откриват доказателства за ефект на физически упражнения върху контрол на болката и чувствител-

ността на крайника, върху КнЖ, без това да увеличава или намалява обема на крайника. Ранната интервенция под форма на физически упражнения не увеличава постоперативните усложнения като инфекции, белези или ЛЕ. Чрез рандомизирано контролирано проучване се установява, че пациенти, започнали физически упражнения 6 или 26 седмица след операция, подобряват обемите си на движение без увеличаване на ЛЕ; не са сравнявани ефекти от ранно и забавено започване на физически упражнения. *Kilgour et al.* доказват, че физическите упражнения в домашни условия имат добри резултати през първите две седмици след операция, но не сравняват резултатите с контролирани физически упражнения. Други проучвания откриват, че контролираната ранна терапия дава много по-добри резултати в сравнение с упражнения в домашни условия в периода непосредствено след операция, като и двата типа нямат отражение върху ЛЕ.<sup>23</sup> Рандомизирани контролирани проучвания установяват, че упражнения срещу съпротивление не увеличават значимо риска от ЛЕ<sup>25</sup>, не засилват отока, а водят до снижена честотата на обостряне на ЛЕ, повлиява симптомите и увеличава силата на крайника<sup>26</sup>. Обзор, публикуван в Cochrane база-данни, установява, че кинезитерапия в постоперативния период значимо подобрява обема на движение в рамото, без да увеличава риска от ЛЕ.<sup>24</sup> Систематичен обзор, включващ шест рандомизирани клинични проучвания, заключава, че упражненията срещу съпротивление не увеличават риска от ЛЕ.<sup>27</sup> Трябва да се съчетават с бавно дишане с дълбоко вдишване. Необходими са допълнителни проучвания, за да се установи необходимостта от прилагане на компресивен ръкав по време на упражнения.<sup>27</sup>

**Интермитентна пневматична компресия (ИПК).** Приложението ѝ е спорно поради факта, че под нейно действие лимфата се дренира към същата група лимфни възли. Наблюдавано е засилване на лечебния ефект, когато този метод е добавен към останалите методи на ДЛТ. Някои автори го препоръчват, когато е показан мануален лимфен

дренаж, но няма възможност да бъде осъществен. Систематичен обзор заключава, че прилагането на ИПК не повлиява значимо отока в сравнение с обичайната практика и различните ѝ режими нямат никакви преимущества.<sup>28</sup> По-малобройно проучване установява подобрене на лимфния отток при пациенти, при които е приложено по-съвременно програмирано устройство с различни сегменти и калибриран градиентен просесор в сравнение с по-стари устройства.<sup>29</sup> Систематичен обзор установява, че няма ясни препоръки, конкретизиращи силата на компресия и честота на приложение; заключава се, че методът би могъл да бъде част от мултимодален подход за домашна рехабилитация на ЛЕ, но трябва да бъде наблюдаван и контролиран от специалист.<sup>30</sup>

Въпреки че има единични публикации за ролята на нискоинтензивна лазер-терапия, липсват достатъчни доказателства за нейната ефективност.<sup>31</sup> В този смисъл лазер-терапия, електростимулации, микровълни или криотерапия не се препоръчват поради ограничени доказателства за ефекта им и някои противопоказания. Терапевтичният ултразвук е контраиндициран за приложение в области с вероятни метастази<sup>32,33</sup>

Няма достатъчно доказателства за ефект на медикаментозната терапия, включваща диуретици, бензопирени<sup>34</sup>; необходими са допълнителни изследвания за доказване на тяхната ефективност. При наличие на лимфангит или еризипел се назначават антибиотици.

Оперативните интервенции при лимфедем са ексцизионни операции (дебълкинг, вкл. липосукция), лимфни реконструкции и тъканнотрансферни операции. Според National Lymphedema Network операциите, предназначени да облекчат периферния лимфедем чрез засилване на лимфния поток, все още не са стандартизирани и често изискват да бъдат комбинирани с физиотерапия или друга компресия, за да се поддържа постигнатата редукция на отока и да се гарантира проходимостта.<sup>32,33</sup>

<b>А</b>	<p>Препоръчва се ранна постоперативна рехабилитация и обучение на пациента за намаляване на риска от развитие на лимфедем.</p>
<b>В</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Препоръчва се лечението на лимфедем, асоцииран с карцином, да започне максимално рано и да се осъществява от квалифициран рехабилитационен екип под ръководство на лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина.</li> <li>■ При лимфедем и лимфостаза, свързани с онкологична болест, се препоръчва комплексна деконгестивна терапия (лимфодрениращ ръчен масаж, деконгестивни стягащи трислойни или еднослойни еластични превръзки с дозирана степен на компресия, компресивни ортези-еластични чорапи или ръкави, активна и пасивна кинезитерапия, дихателна гимнастика).</li> <li>■ При карцином на гърда и риск за лимфедем или при пациенти с лимфедем се препоръчват физически упражнения за поддържане на обема на движение и с особено внимание – упражнения с постепенно нарастващо съпротивление.</li> <li>■ Дозирана интермитентна пневматична компресия (апаратен лимфодренаж) се препоръчва като съпътстваща комплексната деконгестивна терапия.</li> <li>■ При по-тежки клинични стадии на лимфостаза, свързана с онкологична болест, не се препоръчва апаратна пресотерапия без консултация с онколог и кардиолог.</li> <li>■ При съмнение за инфекция не се препоръчват методи на комплексна деконгестивна терапия.</li> <li>■ При съмнение за лимфедем с инфекция се препоръчва обсъждане с хирург или дерматолог за медикаментозно лечение.</li> <li>■ Препоръчва се предоставяне на пациента на информация за редуция на риска от поява и развитие на лимфедем, за самостоятелна грижа за кожата, предпазване от инфекции, самомасаж и използване на компресивни превръзки и ръкави.</li> </ul>
<b>С</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ За превенция на лимфедем се препоръчва контрол на телесно тегло и избягване на затлъстяване.</li> <li>■ Не се препоръчва рехабилитация с преформирани фактори – електролечение, лазер-терапия, микровълнова терапия, топлинни процедури.</li> </ul>



- Пациентите с онкологични болести, застрашени от лимфостаза, трябва да бъдат обучени в контрол на рискови фактори и разпознаване на признаци на поява на лимфедем.
- При поява на лимфедем максимално рано трябва да се започне комплексна деконгестивна терапия, която се провежда от мултипрофесионален рехабилитационен екип (кинезитерапевт, рехабилитатор и др.) под ръководство и контрол на лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина.
- Консултанти при лечението са медицински онколог (за избягване на риск от метастатична болест), хирург, съдов хирург или дерматолог (при съмнение за инфекция) и кардиолог (при сърдечносъдова патология).
- Конкретната рехабилитационна програма се определя за всеки пациент според тежестта на лимфостаза и коморбидност.
- В поддържащата фаза, през която пациентите сами осъществяват прилагане на компресивни превръзки и ръкави, е необходим периодичен контрол на лимфедем от страна на специалист-онколог и специалист по физикална и рехабилитационна медицина.
- Продължително, комплексно, навременно и системно повтаряне на лечебни физикални въздействия води до положителен терапевтичен ефект и е стандарт на поведение при лимфедем, свързан с онкологична болест.
- Лечението и профилактиката на лимфедем и усложненията му водят до подобряване на качеството на живот на онкологични пациенти.

## ЛИТЕРАТУРА

1. DiSipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2013; 14 (6): 500-515
2. Lu SR, Hong RB, Chou W. Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery. *Ther Clin Risk Manag* 2015; 11: 319-327
3. Hayes SC, Johansson K, Stout NL, et al. Upper-body morbidity after breast cancer incidence and evidence for evaluation, prevention, and management within a prospective surveillance model of care. *Cancer* 2012; 118 (8): 2237-2249
4. Harris SR, Schmitz KH, Campbell KL, et al. Clinical Practice Guidelines for Breast Cancer Rehabilitation Syntheses of Guideline Recommendations and Qualitative Appraisals. *Cancer* 2012; 118 (8): 2312-2324
5. Armer JM, Hulett JM, Bernas M, et al. Best-Practice Guidelines in assessment, risk reduction, management, and surveillance for post-breast cancer lymphedema. Published online: 23 March 2013# Springer Science+Business Media New York 2013
6. International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2009 consensus document of the International Society of Lymphology. *Lymphology* 2009; 42: 51-60



- Fialka-Moser V, Korpan M, Varela E, et al. The role of physical and rehabilitation medicine specialist in lymphoedema. *Ann Phys Rehabil Med* 2013; 56 (5): 396-410
- Torres Lacomba M, Yuste Sánchez MJ, Zapico Goñi A, et al. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ* 2010; 340: b5396
- Scaffidi M, Vulpiani MC, Vetrano M, et al. Early rehabilitation reduces the onset of complications in the upper limb following breast cancer surgery. *Eur J Phys Rehabil Med* 2012; 48 (4): 601-611
- Moseley AM, Sherrington C, Elkins MR, et al. Indexing of randomised controlled trials of physiotherapy interventions: a comparison of AMED, CENTRAL, CINAHL, EMBASE, hooked on evidence, PEDro, PsycINFO and PubMed. *Physiotherapy* 2009; 95 (3): 151-156
- Casley-Smith JR, Casley-Smith JR. Modern treatment of lymphoedema I. Complex physical therapy: the first 200 Australian limbs. *Australas J Dermatol* 1992; 33: 61-68
- Kligman L, Wong RKS, Johnston M, et al. Members of the Supportive Care Guidelines Group of Cancer Care Ontario's Program in Evidence-Based Care. The treatment of lymphedema related to breast cancer: a systematic review and evidence summary. *Supp Care Cancer* 2004; 12: 421-431
- Lasinski BB, Mckillip Thrift K, Squire D, et al. A systematic review of the evidence for complete decongestive therapy in the treatment of lymphedema from 2004 to 2011. *PM&R* 2012; 4 (8): 580-601
- Position statement of the National Lymphedema Network: Topic: The diagnosis and treatment of lymphedema. Accessed March 21, 2012. Available at: <http://www.lymphnet.org/pdfDocs/nlntreatment.pdf>.
- Armer JM, Stewart BR, Wanchai A, et al. Rehabilitation concepts among aging survivors living with and at risk for lymphedema: a framework for assessment, enhancing strengths, and minimizing vulnerability. *Top Geriatr Rehabil* 2012; 28 (4): 260-268
- National Breast and Ovarian Cancer Centre. Review of research evidence on secondary lymphoedema: Incidence, prevention, risk factors and treatment. NBOCC: Surry Hills, Australia; 2008
- Poage E, Singer M, Armer J, et al. Demystifying lymphedema: development of the lymphedema putting evidence into practice card. *Clin J Oncol Nurs* 2008; 12: 951-964
- McNeely ML, Peddle CJ, Urlick JL, et al. Conservative and dietary interventions for cancer related lymphedema: a systematic review and meta-analysis. *Cancer* 2011; 117: 1136-1148
- Huang TW, Tseng SH, Lin CC, et al. Effects of manual lymphatic drainage on breast cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Surg Oncol* 2013; 11: 15
- Pinell XA, Kirkpatrick SH, Hawkins K, et al. Manipulative therapy of secondary lymphedema in the presence of locoregional tumors. *Cancer* 2008; 112 (4): 950-954
- American Cancer Society (ACS): Lymphedema: What every woman with breast cancer should know 2013. Accessed January 8, 2013. Available at: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002876-pdf.pdf>.
- Vignes S, Porcher R, Arrault M. Long-term management of breast cancer related lymphoedema after intensive decongestive physiotherapy. *Breast Cancer Res Treat* 2007; 101: 285-290
- De Rezende LF, Franco RL, de Rezende MF, et al. Two exercise schemes in postoperative breast cancer: comparison of effects on shoulder movement and lymphatic disturbance. *Tumori* 2006; 92 (1): 55-61
- Mc Neely ML, Campbell K, Ospina M, et al. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *The Cochrane Library* 2010 [Issue 6]
- Ahmed RL, Thomas W, Yee D, Schmitz KH. Randomised controlled trial of weight training and lymphoedema in breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006; 24: 2765-2772
- Schmitz KH, Ahmed RL, Troxel A, et al. Weight lifting in women with breast-cancer-related lymphoedema. *N Engl J Med* 2009; 361: 664-673
- Kwan ML, Cohn JC, Armer JM, et al. Exercise in patients with lymphedema: a systematic review of the contemporary literature. *J Cancer Surviv* 2011; 5 (4): 320-336

28. Rinehart-Ayres M, Fish K, Lapp K, Brown CN. Use of compression pumps for treatment of upper extremity lymphedema following treatment for breast cancer: a systematic review. *Rehab Oncol* 2010; 28:10-18
29. Adams KE, Rasmussen JC, Darne C, et al. Direct evidence of lymphatic function improvement after advanced pneumatic compression device treatment of lymphedema. *Biomed Opt Express* 2010; 1: 114-125
30. Feldman JL, Stout NL, Wanchai A, et al. Intermittent pneumatic compression therapy: a systematic review. *Lymphology* 2012; 45 (1): 13-25
31. Dirican A, Andacoglu O, Johnson R, et al. The short-term effects of low-level laser therapy in the management of breastcancer- related lymphedema. *Sup Care Cancer* 2011; 19: 685-690
32. Павлова, К. Подходи за рехабилитация след хирургия на гърда – медицински и социален аспект. В: Учебна книга MOPE 2013. Клинично поведение при карцином на гърда, *АртТрейсър*, Варна, 2013, стр. 199-205
33. Павлова, К., Колева, М., Георгиев, А. Програма *Виктория* – модел за комплексна рехабилитация при оперирани от рак на гърда. Университетско издателство Пловдив, 2013, стр. 10-40
34. Янчев А., Цеков, Х. Лимфедем на горния крайник след мастектомия. Патологични и терапевтични аспекти. *Онкологос* 2000, стр. 43-46

**2.2.9. Контрол на синдром на радиационна фиброза***Татяна Хаджиева*

Синдромът на радиационна фиброза (СРФ) се появява в различно време след лъчелечение – от 6 месеца до години.<sup>1</sup> Паралелно с положителния ефект на лъчелечение (ЛЛ), при оздравели пациенти могат да се наблюдават промени в кръвоносната система на нормални тъкани около тумора, водещи до изменения в лигаменти, сухожилия, мускули, неври, лимфна система, кости и органи (бял дроб, гастроинтестинален и урогенитален тракт). Механизмът на лъчева увреда е в родоначалните клетки, които възстановяват и поддържат нормалните тъкани, и в ендотела на различни по големина кръвоносни съдове. Това може да доведе до прогресивни промени, проявяващи се в комплексен синдром, описван като миело-радикуло-плексо-невро-миелопатия със съответни прояви в зависимост от преобладаване на една или друга компонента. Синдромът може да доведе до функционални и козметични промени, които могат значително да влошават качеството на живот (КнЖ) и в много редки случаи да доведат до летален изход. Подобен е на възпалителен процес, зарастване на рани и фиброза от разнообразно естество. Хистологично се представя като възпалителни инфилтрати; в ранните стадии е с приток на макрофаги в зоната на ЛЛ, диференциране на фибробласти в постмитотични фиброцити и промени в съединителната тъкан с ексцесивна продукция на матриксни протеини и колаген.<sup>2</sup> Основен тъканен фактор е трансформиращият фактор-бета-1 (TGF  $\beta$ 1), като продукция на възпалителни, мезенхимни и епителни клетки, които променят фибробласти и други клетки в продуциращи матриксни миофибробласти.<sup>2</sup>

Идентифицират се три фази на СРФ: (1) префибротична фаза, характерна с възпалителни промени с основна роля на ендотелни клетки; (2) фаза на организирана фиброза

с висока плътност на миофибробласти в неорганизиран матрикс и зони на оскъден целуларитет и (3) късна фиброатрофична фаза, характерна с ретрактивна фиброза и почти липса на паренхимни клетки.<sup>3</sup> Промените в ендотела водят до прекомерен излив на фибрин в интраваскуларния, периваскуларния и екстраваскуларния компартмент.<sup>3</sup> Симптоматиката е разнообразна; нервната дисфункция води до болка, нарушение на сетивността и слабост. При автономните нерви се наблюдава ортостатична хипотония, дисфункция на пикочен мехур и черва, сексуална недостатъчност и др.<sup>3</sup> Развиват се зони на ектопична активност, обхващаща таламус, спиноталамични низходящи пътища на гръбначен мозък, нервни коренчета, плексуси и периферни нерви. Това може да причини болка в торакс, корем, крайници и да имитира радикулопатия, плексопатия, полиневропатия и др. При пациенти, облъчвани за тумори на глава и шия, може да се наблюдава цервикална дистония на стерноклейдомастоидните и скаленните мускули със спазми или контрактури.<sup>4</sup> Като тежка последица след ЛЛ на тумори на глава и шия се наблюдава прогресивна слабост на шийни мускули и дори увисване на главата; подобни промени в брахиален и лумбосакрален плексус могат да причинят сериозна инвалидизация.<sup>4</sup> Миопатичните промени се проявяват в болезнени спазми като резултат от миопатия, относителна мускулна слабост и умора. Ефектът върху сухожилия и лигаменти води до загуба на еластичност, скъсяване и контрактури с последващи промени в подвижността на стави и мускули.<sup>4</sup> Подкожната фиброза обикновено е с козметичен ефект и няма особена симптоматика, освен ако не пречи на циркулацията на лимфа. Затова основно правило при облъчване на крайници е оставяне на свободна зона от необлъчвани тъкани. В белия дроб СРФ се описва като дифузна алвеоларна промяна и се дължи на едем на алвеоларни стени, интраалвеоларни хеморагии, съдови тромбози и инфилтрация с възпалителни клетки.<sup>5</sup>

Чисто фиброзните промени в различните органи и системи са множество: сърдечно-съдови – коронарна фиброза, кардиомиопатия, клапни промени, перикардна фиброза, промени в барорецепторите; белодробни – белодробна фиброза, хипертония, обструкция; в хипофаринкс и хранопровод – дисфагия, нарушение на мотилитета; в областта на урогенитална и храносмилателна системи – цистит, влагалищна стеноза, проктит; други области – лимфедем, хипотиреоидизъм, ксеростомия, кожна атрофия, алопеция и т.н. Тъй като симптомите трудно се отдиференцират от други банални оплаквания, те често са неспецифични и пациентите ги описват доста странно като дърпане, крампи, затопляне, парене, пробождане. Клиничното изследване е от съществено значение. Образните методи, особено магнитнорезонансна томография (МРТ), дават насоки при промени в меки тъкани.<sup>6</sup> Електродиагностиката и електромиографията локализира и идентифицира радикулопатия, плексопатия, невропатия и миопатия.<sup>6</sup>

**Подходи за овладяване на проблема.** Мета-анализи, сравняващи рехабилитационни грижи, както физически, така и психологически, показват, че те имат по-голяма полза от медикаментозното лечение ( $p = 0.09$ ; 95% CI = 0.02-0.16).<sup>7,8</sup>

**Рехабилитационни грижи.** Прилагат се чрез екстензивни тренировки според принципи на функционалното възстановяване. Те трябва да са продължителни и да водят до подобряване на функциите на тялото и повишена ежедневна активност. Това е комплексен процес, включващ обучение на пациента, трудова терапия, ортотика и лекарствено лечение.<sup>9</sup>

**Обучение на пациента.** Включва подробно обяснение на патофизиологичните промени в различни органи и системи, механизмите и начините на справяне с проблема. Всички големи онкологични центрове имат интернет страници, на които подробно

обясняват причините и мерките, които следва да се вземат при тези състояния.

**Физическа активност и упражнения.** Голям контингент са пациенти с фиброза на надключична област, леже на мастектомирана гърда, промени в брахиален плексус. Нерадиационни фактори са възраст и коморбидност (дегенеративни болести, кардиоваскуларни промени и колагенози). Рандомизирани проучвания сравняват полза и вреда от физическата активност при лимфедем на ръка, причинен от ЛЛ на аксила. За съжаление, не съществуват обективни показатели, които да регистрират увеличаване на възможността за движение на рамото при физически упражнения. Проучванията потвърждават важността на подобреното субективно усещане на пациента.<sup>7,8</sup> Физическата активност още на първи месец след ЛЛ е най-важен критерий за възможност за фитнес, преодоляване на умора и повишаване на КнЖ. Прилага се лечерна физкултура, която увеличава обема на движения и мускулната сила. При атрофия на мускул се стимулират синергистични мускули с компенсиращи упражнения, особено за задържане на стойката, подвижността и състоянието на мускулите. Независимо от промените в тях, те се поддават на рехабилитация, така че дори малко възстановяване подобрява стойката, води до функционален комфорт, намаляване на болката, умората и нуждата от енергия за поддържане на изправено положение. Тъй като фиброзата не може да бъде ограничена или възстановена, физикална програма и упражнения са нужни през целия живот за поддържане на добро КнЖ и максимална функция.<sup>6-8</sup> След системно лечение пациентите се нуждаят от редовен фитнес за поддържането на КнЖ. Може да се прилагат и специални манипулативни техники.<sup>9-12</sup>

Независимо от общоприетата полза от повишена физическа активност и упражнения, ръководствата на NCCN специално подчертават, че при преживяли индивиди съществ-

вува риск от усложнения вследствие на тази активност и в зависимост от степента и локализация на СРФ. Поради това интензивността и видът на физическите упражнения и рехабилитационните грижи се степенуват в зависимост от три степени на риск за усложнения. При нисък риск от странични ефекти вследствие рехабилитационни мероприятия се препоръчват леки до енергични усилия, включващи аеробни упражнения, упражнения срещу съпротива и други, с честота 4-6 дни в седмица, с времетраене 20-60 минути, и периодична оценка на ефекта със стремеж към засилване на интензивността на рехабилитацията. При поява на странични ефекти (болка, умора) се препоръчва редуциране. Умерен риск от усложнения могат да се наблюдават при периферна невропатия, лимфедем, мускулоскелетни и костни проблеми, а усложнения с висока степен на риск може да се предизвикат при рехабилитация на белодробна фиброза, кардиопулмонални проблеми, ексцесивен лимфедем и фибронекроза. В тези случаи рискът от странични ефекти вследствие рехабилитационни грижи следва да бъде предварително консултиран и от профилиран специалист (пулмолог, кардиолог и др.) и вложените физически усилия да са умерени с честота само 1-3 дни седмично, с лека до умерена степен на натовареност, като бързо ходене и упражнения срещу съпротивление до 20 минути на сесия. При лесна поносимост те могат да се интензифицират.<sup>13</sup>

Релаксирането на лицеви мускули влияе върху общата хомеостаза чрез разхлабване на меките тъкани, подобряване на венозната и лимфната циркулация и влияе върху намаляване на болката. Възстановяването на нормално хранене и функция на мускули, стави и сухожилия подобрява състоянието на околните органи.<sup>14</sup> Рандомизирани проучвания показват, че аеробна гимнастика, включваща игри, разходка, ходене и тичане в продължение на 10 седмици, два пъти седмично, подобрява значително физическото състояние, притеснението, депресията и КнЖ при пациенти с карцином на

гърда в сравнение със самостоятелно наблюдение.<sup>15</sup> Обучението включва и пожизнено обучение за тренировки, йога и други игрови упражнения.<sup>16</sup> Особено голям проблем е СРФ в областта на глава и шия, хипофаринкс и хранопровод. Комбинираното лъчеви-миолечение води до по-висок процент дисфагия, затруднение в храненето, мускулна фиброза, ксеростомия, тризмус.<sup>17</sup> За предотваряване на фиброза на мандибуларна става се препоръчват веднага след ЛЛ специални говорни упражнения за стимулиране на движенията и профилактика на тризмус. Насочени лицеви техники подобряват разширението на кожата, подкожната съединителна тъкан и дълбоките лицеви фасции, за да се възстановят отделните слоеве на кожа, подкожие и мускули.<sup>17</sup>

**Ортопедични средства.** Ортопедичните подходи не се различават от обичайните средства, неспецифични за тумори, при невромускулни и мускулоскелетни проблеми. При слабост на мускули на шия са налични различни приспособления, контролиращи шийните екстензорни мускули. Тук се включват и кинезитерапевтични статични скелетни фиксационни средства (шийни и други видове имобилизационни прийоми), когато рехабилитацията не може да възстанови функцията. Те не следва да се използват постоянно, а да се слагат периодично, за да пестят усилия и енергия за поддържане на стойка и шия. Имобилизация на шията трябва да се прилага при интензивна домашна работа, ядене, работа пред компютър, четене и гледане на телевизия в едно и също положение. Същото важи и за фиксационни средства за гръбначен стълб при плексопатия или радикулопатия.<sup>18</sup> Имобилизационните средства за колена са малки и удобни и са нужни при слабост на плантарните флексори, които поддържат движението в коленете.<sup>18</sup>

**Медикаментозно лечение.** Като първо средство на избор, главно при радиационен пулмонит и фиброза, са кортикостероидните препарати (КС). За съжаление ефектът

на КС върху СРФ е доказан само в експерименти<sup>19</sup> до 2000 г. При болни, претърпели аварията в Чернобил, е доказан ефект на *interferon-gamma*.<sup>20</sup> *Pentoxifylline* (РТХ) е метилксантинов дериват със подобни на кофеина ефекти, прилаган при лечение на някои съдови болести, като *claudicatio intermittens*; ефектът е установен след шестмесечен прием върху експериментални животни, но действащата концентрация, екстраполирана от експеримент, е много токсична за хора; наблюдават се епигастралгия, главоболие и хипотония. Единични проучвания с малък брой пациенти, страдащи от тризмус, повърхностни фибрози на шия, крайници и гръдна стена, показват известен ефект при приемане на дози под 1200 mg/m<sup>2</sup>, но оптималният срок на прием за ефект не е установен (4–6 месеца).<sup>21, 22</sup> Прилагане на хипербарен кислород е тестван при пациенти, развиващи СРФ при карцином на гърда с лимфедем, плексит и телеангиектазии, но без доказан ефект.<sup>23</sup> Симптоматични средства, като аналгетици и миорелаксанти, подобряват симптоматиката на СРФ. При невропатична болка проучвания показват ефикасност на невростабилзатори от класа на *gabapentin* и се препоръчват пред трициклически антидепресанти.<sup>6, 13, 26</sup> Опиодни средства се добавят само при лечение на много силна болка.<sup>22, 13</sup> Мускулни релаксанти са водещи медикаменти при мускулни спазми.<sup>24, 13</sup> Рандомизирано проучване сравнява ефикасността на различни видове локални анестетици и иглотерапия в триггер зоната при болки в трапецеидния, ромбоидния и параспиналните мускули.<sup>25</sup> Иглоотерапия при масетерна фиброза след АЛ подобрява болката и тризмуса в темпоромандибуларна става.<sup>23, 24</sup> При други типове болка иглотерапия с анестетици в триггер зоната също подобрява невропатична болка.<sup>25</sup> Ботулинови инжекции се прилагат при цервикална дистония, тризмус и спастичност.<sup>26</sup>

Тежка фибронекроза може да се развие у единични пациенти при наслагване на инфекция върху фиброза и това състояние е критично. Във фаза II проучване *Delanian and Lefaix* прилагат тройна комбинация от *pentoxifylline*, *tocopherolclodronate* (РЕС), витамин Е с интермитентен *clodronate* и *prednisone*; 79% от болните затварят раната на шести месец, 7 от 8 болни имат пълно възстановяване между втори и шести месец; 40 пациенти с радиационен плексит също имат подобрене.<sup>27, 28</sup> Резултатите трябва да се потвърдят в голямо рандомизирано проучване.

**Превенция на СРФ.** Превенцията включва главно АЛ техники, които намаляват дозата в околните на тумора тъкани. Единични проучвания върху 62 болни докладват френски учени при комбинация с *pentoxifylline* (800 mg оневно) и витамин Е (1000 U дневно) при пациенти с повърхностна измерима фиброза след АЛ; ефектът е значителен при две трети от пациентите с фиброзен лъчев плексит с максимален ефект на втора година, но при прекъсване фиброзата се възобновява.<sup>28</sup> Литературен обзор на прилагани радиопротективни средства представя експериментални данни, че пиенето на обогатена с водород (H<sub>2</sub>) течност може да превентира поява на радиационен пулмонит.<sup>29</sup> Разработването на медикаменти, намесващи се в механизма на СРФ, е все още в предклинична фаза. Първото рандомизирано проучване на човешко рекомбинантно TGFβ1-антияло (CAT-192) не показва подобрене на симптомите и биомаркерите при болни със системна фиброза, а установява висока токсичност в лечебното рамо.<sup>30</sup>

**В**

- При пациенти с пострадиационна фиброза се препоръчва физическите упражнения и рехабилитацията да бъдат индивидуализирани според вида на фиброза, физическата кондиция на пациента и неговото желание.
- Пациенти с периферна невропатия, лимфедем, мускулоскелетни и костни проблеми се преценяват като случаи с умерен риск от странични ефекти от прилагане на физически упражнения, поради което се препоръчва особено внимание от лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина за назначаване на по-щадящи рехабилитационни мероприятия и прилагането им от специализиран персонал.
- Пациенти с белодробна фиброза, кардиопулмонални проблеми, ексцесивен лимфедем и фибронекроза се преценяват като случаи с висок риск за странични ефекти от прилагане на физически упражнения, поради което се препоръчват специализирани лекарски грижи (пулмолог, кардиолог, невролог и др.) по време на рехабилитационната дейност и извършването им от профилиран персонал.
- При различни видове болка, свързана с фиброза, се препоръчват нестероидни противовъзпалителни средства, централно действащи миорелаксанти, опиоидни аналгетици и локални анестетици в тригер зоната.

**С**

- При спастични прояви, цервикална дистония или тризмус може да се обсъжда инжекция с ботулинов анатоксин А.
- При невромускулни и мускулоскелетни проблеми се препоръчват кинезитерапевтични статични скелетни фиксационни средства, когато рехабилитацията не може да възстанови или подобри функцията на шия и/или гръбначен стълб
- При тежки явления на фибронекроза може да се обсъжда тройна терапия с *pentoxifylline-tocopherol-clodronate*, витамин Е с интермитентен *clodronate* (1600 mg дневно, 5 дни) и *prednisone* (20 mg дневно, два пъти седмично).



- Липсват стандартизирани медикаментозни средства, профилактиращи възникването на пострадиационна фиброза.



- *Рехабилитационни мероприятия и комплекс физически упражнения при различни прояви на синдром на пострадиационна фиброза се назначават от лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина и следва да се прилагат през целия живот за поддържане на добро качество на живот и максимална функция. Подробните практики са описани в Раздели 2.2.1 и 2.2.8*
- *При лимфедем се прилага комплексна деконгестивна терапия (лимфодрениращ ръчен масаж, компресивни превръзки, еластични чорапи или ръкави, дихателна гимнастика, активна и пасивна кинезитерапия, включително упражнения срещу съпротивление). При липса на ефект в рамките на 3 месеца (липса на намаляване на диаметъра на крайника над 10%), поява на инфекции или липса на подобрение в ежедневната активност на пациента не се препоръчва продължаване на упражненията. При повишаване на лимфедема упражненията срещу съпротивление се спират.*
- *При атрофия на мускул вследствие на пострадиационна фиброза се прилагат компенсирани упражнения за повишаване на подвижността на мускулите, особено за задържане на стойката, за функционален комфорт, намаляване на болка, умора и нужда от енергия за поддържане на изправено положение.*
- *При невромускулни и мускулноскелетни проблеми периодично през деня при определени рискови усилия се използват кинезитерапевтични статични скелетни фиксиращи средства, ако рехабилитацията не може да възстанови или подобри функцията.*
- *При коремни проблеми да се избягват упражнения, повишаващи налягането в коремна кухина, особено при стомирани пациенти.*
- *Ръководството на NCCN описва подробно поведение при ниска, умерена и висока степен на риск от усложнения вследствие приложените на физически упражнения и рехабилитация при преживели пациенти със различни прояви на синдром на радиационна фиброза. Особено внимание се обръща при рехабилитация на периферна невропатия, лимфедем, мускулоскелетни, костни и кардиопулмонални проблеми, белодробна фиброза, ексцесивен лимфедем и фибронекроза, класифицирани като състояния, при които рехабилитационните грижи носят умерена и висока степен на риск от усложнения и налагат допълнително проследяване от специалист кардиолог, пулмолог, невролог и др.*
- *За поддържане на качеството на живота при синдром на радиационна фиброза се изисква контролиране на телесно тегло.*
- *Контролът на болка, свързана със синдром на радиационна фиброза, е подробно описан в Раздел 2.2.2.*



**ЛИТЕРАТУРА**

1. Courneya KS, Freidenreich CM. Framework PEACE: an organizational model for examining physical exercise across the cancer experience. *Ann Behav Med* 2001; 23: 263-272
2. Delanian S, Martin M, Lefaix JL. TGFb1, collagen I and III gene expression in human skin fibrosis induced by therapeutic irradiation. *Br J Radiol* 1992; 65: 82-83
3. Stone HB, Coleman CN, Anscher MS, McBride WH. Effects of radiation on normal tissue: consequences and mechanism. *Lancet Oncol* 2004; 4: 529-536
4. Gillette EL, Mahler PA, Powers BE, et al. Late radiation injury to muscle and peripheral nerves. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995; 31: 1309-1318
5. Chuai Y, Zhao L, Ni J, et al. A possible prevention strategy of radiation pneumonitis: combine radiotherapy with aerosol inhalation of hydrogen-rich solution. *Med Sci Monit* 2011; 17: 1-4
6. Hojan K, P Milecki. Opportunities for rehabilitation of patients with radiation fibrosis syndrome. *Rep Pract Oncol Radiother* 2014; 19: 1-6
7. Conn VS, Hafdahl AR, Porock DC, et al. A meta-analysis of exercise interventions among people treated for cancer. *Support Care Cancer* 2007; 14: 699-712
8. K Schmitz, J Holtzman, K Courneya. Controlled Physical Activity Trials in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14; 7: 1588-95
9. Delbrück H. Rehabilitation and palliation of cancer patients. France, Paris: Springer-Verlag; 2007
10. Fourie WJ. Considering wider myofascial involvement as a possible contributor to upper extremity dysfunction following treatment for primary breast cancer. *J Bodyw Mov Ther* 2008; 12: 349-355
11. Leach J. Osteopathic support for a survivor of gastric cancer: a case report. *Int J Osteopath Med* 2008; 11: 106-111
12. Spence RR, Heesch KC, Brown WJ. Exercise and cancer rehabilitation: a systematic review. *Cancer Treat Rev* 2010; 36: 185-194
13. NCCN Guidelines. Survivorship Version 1.2015. Available at: [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/survivorship.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/survivorship.pdf)
14. Fourie WJ. Considering wider myofascial involvement as a possible contributor to upper extremity dysfunction following treatment for primary breast cancer. *J Bodyw Mov Ther* 2008; 12: 349-355
15. Cadmus LA, Salovey P, Yu H, et al. Exercise and quality of life during and after treatment for breast cancer: results of two randomized controlled trials. *Psychooncology* 2009; 18: 343-345
16. Oliveira MME, Souza GA, Miranda MS, et al. Upper limbs exercises during radiotherapy for breast cancer and quality of life. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32: 133-138
17. Marszałek S, Zebryk-Stopa A, Krasny et al. Estimation of influence of myofascial release techniques on oesophageal pressure in patients after total laryngectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009; 266: 1305-1308
18. Sypert GW. External spinal orthotics. *Neurosurgery* 1987; 20: 642-649
19. Gross N, Holloway N, Narine K. Effects of some nonsteroidal antiinflammatory agents on experimental radiation pneumonitis. *Radiat Res* 1991; 127: 317-324
20. Peter R, Gottlober P, Nadeshina N, et al. Interferon gamma in survivors of the Chernobyl power plant accident: new therapeutic option for radiation-induced fibrosis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1999; 45: 147-152
21. Okunieff P, Augustine E, Hicks JE, et al. Pentoxifylline in the treatment of radiation-induced fibrosis. *J Clin Oncol* 2004; 22: 2207-2213
22. Delanian S, Porcher R, Balla-Mekias S, et al. Randomized placebo controlled trial of combined pentoxifylline and tocopherol for regression of superficial radiation-induced fibrosis. *J Clin Oncol* 2003; 21: 2545-2550
23. Stubblefield MD, Burstein HJ, Burton AW, et al. NCCN task force report: management of neuropathy in cancer. *J Natl Compr Canc Netw* 2009; 7 (5): 1-26

24. Ay S, Evcik D, Tur BS. Comparison of injection methods in myofascial pain syndrome: a randomized controlled trial. *Clin Rheumatol* 2010; 29: 19-23
25. Affaitati G, Fabrizio A, Savini A, et al. A randomized, controlled study comparing a lidocaine patch, a placebo patch, and anesthetic injection for treatment of trigger points in patients with myofascial pain syndrome: evaluation of pain and somatic pain thresholds. *Clin Ther* 2009; 31: 112-117
26. Van Daele DJ, Finnegan EM, Rodnitzky RL, et al. Head and neck muscle spasm after radiotherapy: management with botulinum toxin A injection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 956-959
27. Delanian S, Lefaix J-L. Complete healing of severe osteoradionecrosis by treatment combining pen-toxifylline, tocopherol and Clodronate (case report). *Br J Radiol* 2002; 75: 467-469
28. Delanian S, Pradat P-F, Maisonobe T, et al. New data in the treatment of radiation-induced plexitis (in French). Presented at the meeting of Société Française de Neurologie. Paris La Villette, France, December 2005
29. Qian L, Shen J, Chuai Y, Cai J. Hydrogen as a new class of radioprotective agent. *Int J Biol Sci* 2013; 9: 887-894
30. Denton CP, Merkel PA, Furst DE, et al. Recombinant human anti-transforming growth factor beta1 antibody therapy in systemic sclerosis: a multicenter, randomized, placebo-controlled phase I/II trial of CAT-192. *Arthritis Rheum* 2007; 56: 323-333

### 2.2.10. Контрол на сексуално-репродуктивни проблеми

Елена Атанасова

**Сексуални дисфункции при онкологични пациенти.** Нормалната сексуална функция (СФ) е многоспектърна и се определя от всеки пациент и неговия партньор в контекста на пол, възраст, лични нагласи, религиозни и културни ценности.<sup>1</sup> Във всички проучвания оценките на сексуална дисфункция (СД) след различни антитуморни лечения варира от 40% до 100%.<sup>2</sup> Повечето се отнасят за карцином на гърда или гинекологичен тумор при жени и простатен карцином при мъже; по-малко е известно как други солидни тумори повлияват на сексуалността. Изследванията показват, че около 50% от жените с карцином на гърда имат дългосрочна СД<sup>3,4</sup>; подобен е и процентът на жени с гинекологични тумори<sup>5</sup>. При мъже с простатен карцином основна форма на СД е еректилна: след радикална простатектомия е 60-90%, след перкутанна лъчетерапия – 67-85%<sup>6,7</sup>, чувствително по-ниска е при брахитерапия и с най-висок процент е при криотерапия.<sup>8</sup> При неходжкинови лимфоми и тумори на тестиси 25% от пациентите остават с дългосрочни сексуални проблеми.<sup>2,9</sup>

Причините за СД са физиологични и психологични, а най-често срещаните форми са<sup>4</sup>: (i) загуба на желание за сексуална активност при мъже и жени; (ii) еректилна дисфункция при мъже; (iii) диспаревния (болка при полов акт) при жени. При мъже могат да се проявят следните СД: (i) анеякуляция (липса на еякулация); (ii) ретроградна еякулация (назад към пикочния мехур); (iii) неспособност за оргазъм. При жени СД се изразяват в промени в гениталните усещания (поради болка или загуба на чувствителност и изтръпване) и намалена способност за достигане на оргазъм. Загубата на чувствителност също може да бъде сери-

озен дистрес.<sup>10</sup> Преждевременна яйчникова недостатъчност вследствие химиотерапия или лъчелечение на таза често е предшественик на СД, особено когато хормонално заместителната терапия е противопоказна.<sup>3</sup> За разлика от други физиологични странични ефекти, сексуалните проблеми не преминават през първата или втората година на преживяемост без болест (ПББ)<sup>3</sup> и СД може да остане като постоянна величина, дори да се утежни във времето. За повишаване на качеството на живот (КЖ) е необходимо да се направи оценка на проблема и да се предприемат съответни действия.<sup>3</sup>

**Контрол на сексуални проблеми при онкологични пациенти.**<sup>1</sup> Загубата на сексуално желание често е многофакторна, поради което трябва да се изключи разстройство на настроението и да се изследва взаимодействие на следните обстоятелства: (1) промяна в динамиката на отношенията; (2) загуба на физическо благосъстояние; (3) промяна на житейската сексуална концепция; (4) негативен образ на тялото. Ефектът от предписаните лекарства, химическата зависимост или хормонални аномалии са насочващи фактори. Не съществува афродизиак, който да възстанови сексуалното желание при наличие на нормална хормонална среда. За голяма част от проблемите са достатъчни осигуряване на информация и предложения за промяна на поведението. Образованието на пациентите може да бъде осигурено чрез книги, брошури, CD-ROM-видео, обучени помощници или интернет интеракции.<sup>1</sup> При пациенти с по-сложни и тежки проблеми професионалната намеса е по-ефективна; препоръчителна е психообучителна интервенция (оценена при жени с карцином на гърда), отправено към сексуална анатомия, боди имидж, нагласи и поведение, комуникации и начини за засилване на сексуалните функции.<sup>1</sup> Интервенции, насочени към психосоциални и когнитивни фактори, могат да бъдат важен елемент за подобряване на емоционални

и сексуални резултати.<sup>1</sup> На физически лица, двойки или групи може да бъде предложено сексуално консултиране; ефективността му не е сравнявана при онкологични пациенти и не е известно дали може да повиши въздействието на медицинските процедури срещу еректилна дисфункция или дизпаревния; съществуват ограничени изследвания при мъже с простатен карцином.<sup>1</sup>

Употребата на *sildenafil* (инхибитор на фосфодиестераза-5, PDE-5) има най-добър ефект при най-леки форми на еректилна дисфункция и позволява около 72% от мъжете с невросъхраняваща простатектомия и 15% без невросъхраняваща простатектомия да постигнат ерекция, достатъчна за вагинален полов акт. Други PDE-5-инхибитори за подобряване на еректилната дисфункция са *ildenafil* и *tadalafil*. Ефективността и на трите PDE-5-инхибитора е сходна и според аналитични данни са помогнали на 60-70% от пациентите с еректилна дисфункция.<sup>1</sup> При жени появата на вагинална сухота и дразнене се отразяват на процеса на възбуда и причиняват болка при полов акт. Контролът им (особено при пациенти, които не могат да използват естроген-заместваща терапия) може да стане чрез ползване на вагинални лубриканти, несъдържащи естроген, водно- или силиконово разтворими (напр. *replens*, *astroglide*, *K-Y liquid*). Използването на естрадиол-освобождаващ вагинален пръстен (*Estring*), съдържащ препарат с бавно освобождаване (2 mg микронизиран 17-бета-естрадиол), може да осигури по-малко рисковата алтернатива за системна естрогенна замяна при жени с постменопаузална вагинална атрофия.<sup>1</sup> *Estring* демонстрира снижение на рецидиви на инфекции на пикочни пътища при жени в постменопауза и значителен ефект върху зрението на вагинални и уретрални мукозни клетки, намаляване на урогениталните симптоми на жени след менопауза. Друга алтернатива за естроген-заместваща терапия е ползване на вагинални таб-

летки *Vagifem*; проучване, сравняващо продукта с 1.25 mg конюгиран естрогенов вагинален крем *Premarin*, установява еквивалентност за облекчаване на симптомите при атрофичен вагинит, но регистрира по-ниска степен на пролиферация на едометриум при *Vagifem*; анализът показва, че жените оценят вагиналните таблетки по-благоприятно от вагиналния крем. Безопасността от продължително използване на вагинални естрогени не е определена. Ако нарушената възбуда се свързва с менопаузални ендокринни промени, може да се обсъжда хормонална заместителна терапия. При дискомфорт около вагиналния вход от проникване се препоръчват упражнения за отпускане на *mm. pubococcygei*. Жени, изгубили вагинална дълбочина или калибър след тазова хирургия, лъчелечение или реакция на присадка срещу приемник, могат да се възползват от програма за поставяне на вагинални дилататори с постепенно нарастващи размери или от упражнения за по-добро отпускане на мускулите около вагиналния вход. Някои жени могат да се възползват краткосрочно от лубриканти или упойващи гелове за предотвратяване на болката в сухи вулварни райони. В САЩ е одобрено нефармацевтично устройство за подпомагане на сексуалната възбуда при жени – Eros Clitoral Therapy Device (Eros-CTD); създава леко засмукване върху клитора с цел увеличаване на притока на кръв; особено е ефективен при хистеректомия и хирургично индуцирана менопауза; достоверно подобрява всички области на оценка, вкл. повишаване на сексуалното желание, възбуда, лубрикация, оргазъм, сексуално удовлетворение, намаляване на болката, подобрена вагинална еластичност, мукозен цвят и влага, намаляване на кървене и разраняване.<sup>1</sup>

**Проблеми с фертилитета при онкологични пациенти.** Използването на токсична лекарствена химиотерапия и лъчелечение повишава преживяемостта, но има тежки стра-

нични ефекти и води в дългосрочен план до увреда на яйчниковите фоликули при жени и на сперматогоните при мъже. Рискът от увреждане на възпроизводителната функция или постоянно безплодие след онкологично лечение зависи от вида на използваните химиотерапевтични лекарства, кумулативната доза на химиотерапия и лъчелечение, възрастта и др. За периода 2006-2013 г. са публикувани 18 рандомизирани, контролирани проучвания, шест систематични обзора, мета-анализи и множество редакционни материали; повечето данни са от кохортни проучвания, серии от случаи, малки нерандомизирани клинични изпитвания или описание за случаи.<sup>11</sup> Не е анализирано вземането на решение за бъдеща криоконсервация на тъкани и репродукция след смърт. Налице са доказателства за неефективност на хормонална супресия за съхранение на фертилност, но има нужда от убедително проучване. Малко е известно и за емоционалното въздействие на инфертилитет или прилагане на някоя от възможностите за съхранение на фертилност при онкологични пациенти в различни етнически, расови или социалноикономически групи. Разговорът трябва да бъде част от цялостен процес по планиране на лечението, а дискусиата трябва да включва обсъждане на научни доказателства, претегляне на потенциални вреди и ползи, репродуктивен потенциал, очаквано забавяне и предпочитания на пациента. Препоръчва се специалистите да поддържат открит диалог с пациенти или с родители/настойници на деца, на които им предстои антитуморно лечение и проявяват интерес към съхранение на фертилност, и своевременно (преди започване на лечение) да ги насочват към специалист по репродуктивно здраве. Уместна е употреба на електронни ресурси (напр. телефон, електронна поща, Skype), които могат да улеснят методите за консултиране. В проучване на Partridge, et al. 29% от жените с карцином на гърда съобщават, че притеснения, свързани със загуба на фертилност, са повлияли решенията им за лечение; около 10% прекъсват ендокринна терапия преди определеното време, а 1% отказват химиотерапия.<sup>11</sup> Според

Armund et al. 80% от мъжете получават информация за въздействие на лечението върху фертилитета и около 70% – за методи за съхраняването му; между 25% и 50% вземат решение за съхранение на замразена сперма.<sup>11</sup> При жени едва 48% получават съвети за въздействие на лечението върху фертилитета, 14% получават информация за съхраняването му и само 2-10% се подлагат на процедури за запазването му.

Налице са доказателства, че криоконсервация на сперма е ефективен метод за съхранение на фертилност при мъже, приемащи антитуморно лечение<sup>12-19</sup>; гонадната защита чрез хормонална манипулация е неефективна. Криоконсервация и трансплантация на тестикуларна тъкан или на сперматогони, както и тестисни ксенографти все още са в експериментална фаза. Криоконсервация на тестикуларна тъкан може да бъде комбинирана с други медицински процедури, за да се повиши успеваемостта и приемливостта.<sup>11</sup> Мъжете следва да бъдат консултирани за възможен повишен риск от генетична увреда на семенна течност, взета след започване на химиотерапия. Силно се препоръчва семенна течност да бъде взета преди започване на лечението, тъй като е възможно качеството и ДНК-целостта ѝ да бъдат нарушени след само един терапевтичен цикъл. Въпреки че броят на сперматозоидите и качеството на семенната течност могат да бъдат намалени още преди започване на терапията, и дори когато е необходимо бързо започване на химиотерапия, тези съображения не трябва да разубеждават пациента да запази семенна течност. Интрацитоплазмено инжектиране на сперма позволява бъдеща употреба на много ограничено количество семенна течност, поради което, дори в случаи на такива ограничения, фертилността може все пак да бъде съхранена.

Възможностите за съхранение на фертилност при жени зависят от възраст, диагноза, тип лечение, наличие или участие на партньор и/или предпочитания за донорска банка

за сперма, налично време и вероятност за овариални метастази. За криоконсервация на яйцеклетки идеален вариант е стимулиране на яйчниците в рамките на три дни от началото на менструалния цикъл, но може да бъде успешно и стимулиране в произволен момент.<sup>20</sup> Новите схеми за хормонална стимулация (напр. с *letrozole* и *tamoxifen*) могат да бъдат ефективни както традиционните методи.<sup>11</sup> Въпреки че ароматазните инхибитори се използват предимно като адювантно лечение на хормон-позитивен карцином на гърда (при постменопаузали жени), те могат да действат като овариални стимуланти, подтискащи нивата на естроген; *letrozole* се използва за овариална индукция при инфертилни пациентки, а през последните десет години – за овариална стимулация с цел криоконсервация на яйцеклетки или ембриони; проследяването не показва въздействие върху преживяемостта без болест. Успеваемостта на криоконсервация на неоплодени яйцеклетки се повишава значително и резултатите при млади жени са съпоставими с тези при използване на пресни яйцеклетки<sup>11</sup>; както криоконсервацията на ембриони, тази техника също изисква овариална стимулация и насочвано чрез ултразвук събиране на яйцеклетки. Въпросът за ефективността на овариална супресия с гонадотропин-рилизинг хормон (GnRH) все още не е решен; едно проучване посочва малка полза за възстановяване на менструалния цикъл, но друга публикация не показва достоверни разлики по отношение на предизвикана от химиотерапия аменорея шест месеца след края на химиотерапия.<sup>11</sup> Наскоро проведено проучване не показва полза от употреба на GnRH при пациентки с карцином на гърда, подложени на химиотерапия с *cyclophosphamide*: липсват разлики в процентите на възстановяване на менструалния цикъл между пациентки, лекувани с GnRH, и контролна група 12 месеца след химиотерапия; липсват разлики в хормоналните и ултразвуковите маркери за фертилитет.<sup>11</sup> Налага се мнението, че употребата на GnRH като съпътстващо лечение не е независим предиктор за шансовете

за менструация след 12 месеца. Мета-анализ, актуализиращ предходен, включва данни от 24-месечно проследяване в проучване ZORO<sup>11</sup> и не доказва евентуален благоприятен ефект от употребата на GnRH върху поддържане на менструален цикъл или фертилитет.<sup>11</sup> Въпреки това, може да има други потенциални ползи, напр. подтискане на менструация по време на интензивна химиотерапия, предотвратяващо менорагия. Този клас медикаменти има нежелани ефекти, като горещи вълни и загуба на костна маса. Процесът на криоконсервация и трансплантация на овариална тъкан все още се счита за експериментален, макар да има съобщения за успешни случаи на забременяване. Притеснението е, че при реимплантиране на овариална тъкан е възможно да се внесат отново туморни клетки в зависимост от типа и стадия на карцинома, въпреки че досега не са съобщавани случаи на рецидиви при хора.<sup>11</sup> Доказано е, че носители на *BCRA1*-мутация имат намалял яйчников резерв<sup>11</sup> и съществува загриженост дали те са по-предразположени към инфертилитет, предизвикан от химиотерапия. При пациенти с унаследена или фамилна карциномна болест и установена мутация може да има допълнителна полза от извършване на процедура за запазване на фертилността чрез криоконсервация на яйцеклетки или ембриони, тъй като последните могат да бъдат генетично изследвани за мутации и да се обсъжда прилагане на предимплантационна диагностика. *Консервативна гинекологична хирургия.* Доказано е, че радикална трахелектомия (хирургично отстраняване на маточна шийка) трябва да се ограничава до стадии IA2-IB на цервикален карцином с диаметър < 2 cm и инвазия < 10 mm. При лечение на други гинекологични тумори интервенциите за запазване на фертилност са фокусирани върху извършване на възможно най-малко радикална хирургична намеса с цел максимално запазване на репродуктивните органи. Овариална цистектомия може да бъде извършвана при карцином на яйчници в ранен стадий.

*Съображения за съхраняване на фертилност при деца и юноши.* Проведени са наблюдателни проучвания върху съхранение на фертилност при деца и юноши с туморни олести, вкл. и риск от лъчелечение и химиотерапия.<sup>21-25</sup> За деца е трудно да разберат въпроса за увреждане на фертилните им способности в бъдеще, но той може да бъде травмиращ за тях като възрастни. За прилагане на някои от установените методи за съхраняване на фертилност (криоконсервация на сперма и замразяване на яйцеклетки) при непълнолетни в следпубертетна възраст е необходимо одобрение на пациента и съгласие на родителите. Не е съобщавано за живи раждания след криоконсервиране в предпубертетна възраст и реимплантиране по-късно на кортикална яйчникова тъкан.<sup>26, 27</sup> Криоконсервация на тестикуларна тъкан е извършвана при деца на ранна възраст, но няма съобщения за тестикуларна трансплантация. Няколко проучвания потвърждават, че възрастни, преживели онкологична болест в детство, искат повече информация за фертилността си.<sup>28</sup> Възможно е родителите да не се сигурни, когато вземат решение от името на своето непълнолетно дете.

*Съображения за съхраняване на фертилност при пациенти с таргетни и биологични терапии.* Съществува малко информация за въздействието на тези медикаменти върху фертилността, независимо от нивото на доказателственост. Изключение представлява *bevacizumab*, за който се посочва, че 34% от жените, лекувани за колоректален карцином, развиват овариална недостатъчност срещу 2% без *bevacizumab*.<sup>29</sup> От болните с хронична миелоидна левкемия, третирани с тирозин-киназни инхибитори (ТКИ) (напр. *imatinib*), се предполага, че при млади мъже липсва повишен риск, свързан с вродени аномалии в поколенията им<sup>30</sup>; все пак тези пациенти трябва да бъдат уведомени, че няма достатъчно резултати за категорично становище. Жени с репродуктивни способности не трябва да забременяват, докато приемат ТКИ, тъй като съществуват убедителни доказателства за тератогенност при животински модели.

*Алгоритъм на комуникация специалист-пациент.* Насочването на пациенти за съхранение на фертилност трябва да става възможно най-рано. Специалистите, като социални работници и психолози, могат да бъдат особено полезни, когато болният изпитва стрес от възможна загуба на фертилност. Въпреки че пациентът оптимално обсъжда рисковете и възможностите за своята фертилност преди антитуморно лечение, има избори, които могат да се използват впоследствие: употреба на гестационни носители, дарителски ембриони, дарителски яйцеклетки или сперма и осиновяване. Психологическите специалисти могат да подпомогнат пациентите и техните семейства при вземане на решение за запазване на фертилност и как да се използват съхранени гамети по морално и етично приемлив за тях начин.<sup>11</sup> На *Фиг. 1* е представен алгоритъм за селективно насочване на пациенти за съхранение на фертилност.

Здравните специалисти могат да използват следните въпроси за обсъждане на инфертилитет и съхранение на фертилност с пациенти (или техни родители/настойници): (1) информирайте болния за конкретни рискове: “Някои антитуморни лечения могат да причинят загуба на фертилни способности или преждевременна менопауза; за да определим конкретните рискове при Вас, вземте предвид Вашите индивидуални фактори, като вид тумор, възраст и план на лечение; според тази информация ние считаме, че при Вас рискът е [висок, среден, нисък, няма риск]; възможно е състоянието на Вашите фертилни способности преди заболяване също да са от значение за индивидуалния Ви риск [обсъдете, ако е приложимо]”; (2) обсъдете обичайните притеснения в следните варианти: (i) “Има множество варианти за съхранение на фертилността и способностите да станете родител след заболяване от тумор, които можете да обмислите; при мъже най-честа и успешна процедура е съхранение на сперма; има и други експериментални методи, ако съхранението на сперма не е възможен вариант за Вас;

при жени най-използвана възможност е замразяване на яйцеклетки и ембриони; има други експериментални методи, ако тези не са възможен вариант за Вас; можете да бъдете насочен/а към съответен специалист по репродуктивно здраве, който да Ви консултира, ако желаете допълнителна информация”; (ii) време: лечението за съхраняване на фертилност трябва да приключи преди започване на химиотерапия и/или лъчелечение; при мъже съхранението на сперма може да бъде направено бързо и да се прави на всеки 24 часа, ако е необходимо, докато се събере необходим брой проби; при жени процедурата може да трае от две до четири седмици, в случай че се прилага установена техника; някои експериментални методи обаче могат да се извършат и по-бързо, така че навременното насочване към специалист по репродуктивно здраве е от голямо значение”; (iii) разноски: необходимо е търсене на ресурси за финансиране на процедури за съхранение на фертилност и включване в определени програми; (iv)

рискове за бременност и деца след туморна болест: данните са ограничени, но липсва повишен риск за рецидив вследствие на процедури за съхранение на фертилност или забременяване, дори при хормоночувствителни тумори; (v) много пациенти се тревожат да не предадат тумора на своите деца: с изключение на наследствени генетични синдроми и вътрематочно излагане на някои химиотерапевтични лечения, няма доказателства, че туморна болест в миналото, анти туморно лечение или процедури, свързани с фертилност, повишават този риск; (vi) насочване към специалист по репродуктивно здраве: “За допълнителна информация относно съхранението на фертилност можете да бъдете насочен/а към специалист по фертилитет/банка за сперма; (vii) насочване към специалисти по психично здраве: “Освен за тумора, има още много други неща, за които трябва да помислите; може да бъдете насочен/а към консултант, ако това ще Ви е от полза”.


**A**

- При сексуална дисфункция у онкологични пациенти се препоръчва осигуряване на информация и психообучителни интервенции (психологично консултиране, беседи и информационни материали).
- При еректилна дисфункция у онкологични пациенти се препоръчва употреба на PDE-5-инхибитори.
- При вагинална сухота и/или болка при полов акт при онкологични пациентки (дори и при хормон-рецептор позитивен карцином на гърда) се препоръчват лубриканти, несъдържащи естроген, или локална естроген-заместваща терапия (естрадиол-освобождаващ вагинален пръстен, вагинални крем или таблетки).

**B**

- При сексуални проблеми у онкологични пациенти се препоръчва сексуално консултиране на лица, двойки или групи.
- При сексуална дисфункция при жени с онкологични болести се препоръчват нефармацевтични устройства за подпомагане на сексуалната възбуда (напр. Eros-CTD).

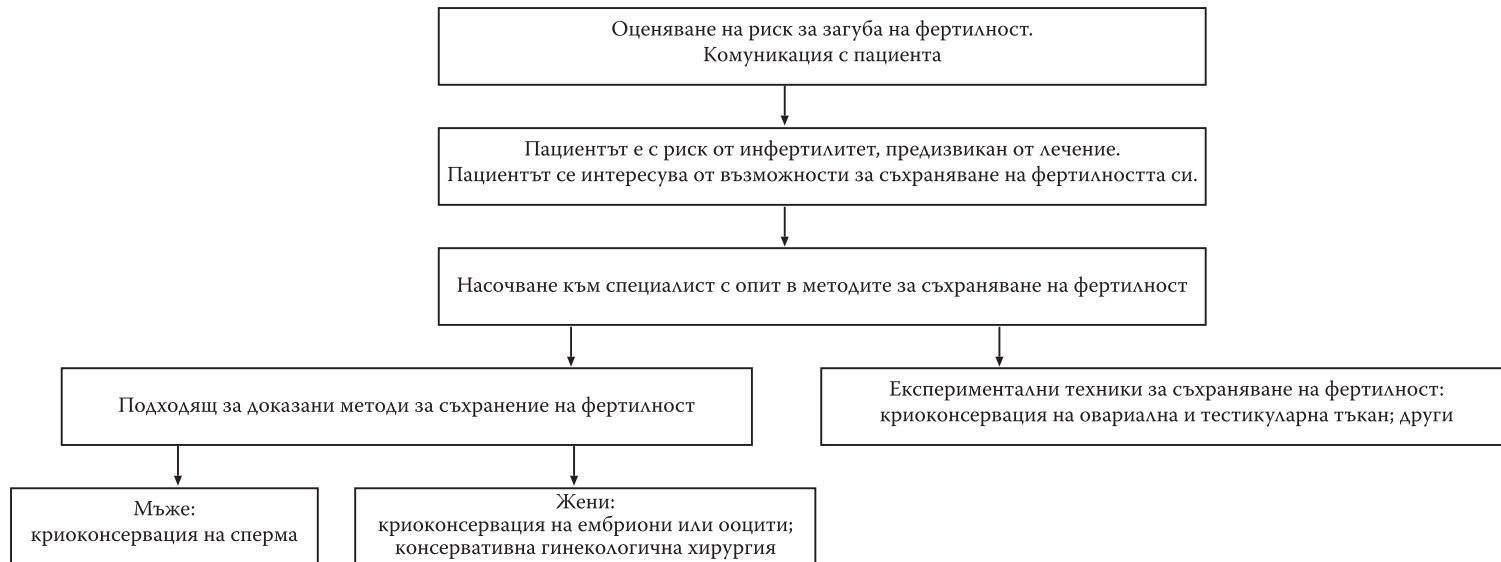


В	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ На жени с репродуктивни способности, докато приемат тирозин-киназни инхибитори, се препоръчва строго въздържане от забременяване.</li> </ul>
С	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ За съхраняване на фертилност при жени с онкологични болести се препоръчва обсъждане за криоконсервация на яйцеклетки и ембриони.</li> <li>■ За съхраняване на фертилност при мъже с онкологични болести се препоръчва обсъждане за криоконсервация на спермална течност.</li> <li>■ При млади жени с антуморно лечение не се препоръчва употреба на GnRH за поддържане на менструален цикъл или фертилитет.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Всички онколози трябва да са подготвени да обсъждат темата за инфертилитет като възможен риск от терапия. Този въпрос следва да бъде обсъден възможно най-скоро след поставяне на диагноза за тумор, преди изготвяне на план за лечение и на всеки етап от процеса на болестта.</i></li> <li>■ <i>Всички диагностицирани онкологични пациенти преди и в хода на лечение трябва да бъдат насочвани за консултация с психолог за темите на сексуалността и репродукцията.</i></li> </ul>

## ЛИТЕРАТУРА

1. NCI. Sexuality and Reproductive Issues: Treatment of Sexual Problems in People With Cancer; Available at: <http://www.cancer.gov/search/results>
2. Derogatis LR, Kourlesis SM: An approach to evaluation of sexual problems in the cancer patient. *CA Cancer J Clin* 1981; 31 (1): 46-50
3. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, et al.: Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998; 16 (2): 501-514
4. Schover LR, Montague DK, Lakin MM. Sexual problems. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer Principl Pract Oncol* 1997; 5: 2857-2872
5. Andersen BL: Quality of life for women with gynecologic cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995; 7 (1): 69-76
6. Walsh PC, Epstein JI, Lowe FC: Potency following radical prostatectomy with wide unilateral excision of the neurovascular bundle. *J Urol* 1987; 138 (4): 823-827
7. Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA* 2000; 283 (3): 354-360
8. Robinson JW, Moritz S, Fung T: Meta-analysis of rates of erectile function after treatment of localized prostate carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 54; (4): 1063-1068
9. Arai Y, Kawakita M, Okada Y, et al.: Sexuality and fertility in long-term survivors of testicular cancer. *J Clin Oncol* 1997; 15 (4): 1444-1448

10. Havenga K, Maas CP, DeRuiter MC, et al. Avoiding long-term disturbance to bladder and sexual function in pelvic surgery, particularly with rectal cancer. *Semin Surg Oncol* 2000; 18 (3): 235-243
11. Loren AW, Mangu PB, Beck LN, et al. Fertility preservation for patients with cancer. American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2013; 31
12. Hourvitz A, Goldschlag DE, Davis OK, et al. Intracytoplasmic sperm injection (ICSI) using cryopreserved sperm from men with malignant neoplasm yields high pregnancy rates. *Fertil Steril* 2008; 90: 557-563
13. Romerius P, Ståhl O, Moe IC, et al. Sperm DNA integrity in men treated for childhood cancer. *Clin Cancer Res* 2010; 16: 3843-3850
14. Salonia A, Gallina A, Matloob R, et al. Is sperm banking of interest to patients with non-germ cell urological cancer before potentially fertility damaging treatments? *J Urol* 2009; 182: 1101-1107
15. Schmidt KT, Andersen CY: Recommendations for fertility preservation in patients with lymphomas. *J Assist Reprod Genet* 2012; 29: 473-477
16. Chang HC, Chen SC, Chen J, et al. Initial 10-year experience of sperm cryopreservation services for cancer patients. *J Formos Med Assoc* 2006; 105: 1022-1026
17. Yee S, Fuller-Thomson E, Dwyer C, et al. "Just what the doctor ordered": Factors associated with oncology patients' decision to bank sperm. *Can Urol Assoc J* 2012; 6: E174-E178
18. Ping P, Zhu WB, Zhang XZ, et al. Sperm banking for male reproductive preservation: A 6-year retrospective multi-centre study in China. *Asian J Androl* 2010; 12: 356-362
19. Navarro Medina P, Barroso Deyne E, Castillo Sua' rez M, et al. An analysis of our experience in cryopreservation of semen from cancer patients [in Spanish]. *Actas Urol Esp* 2010; 34: 101-105
20. Partridge AH, Gelber S, Peppercorn J, et al. Web-based survey of fertility issues in young women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22: 4174-4183
21. Edge B, Holmes D, Makin G. Sperm banking in adolescent cancer patients. *Arch Dis Child* 2006; 91: 149-152
22. Chong AL, Gupta A, Punnett A, et al. A cross Canada survey of sperm banking practices in pediatric oncology centers. *Pediatr Blood Cancer* 2010; 55: 1356-1361
23. Choi BB, Goldstein M, Moomjy M, et al. Births using sperm retrieved via immediate microdissection of a solitary testis with cancer. *Fertil Steril* 2005; 84: 1508
24. Reebals JF, Brown R, Buckner EB. Nurse practice issues regarding sperm banking in adolescent male cancer patients. *J Pediatr Oncol Nurs* 2006; 23: 182-188
25. Keros V, Hultenby K, Borgstr B, et al. Methods of cryopreservation of testicular tissue with viable spermatogonia in pre-pubertal boys undergoing gonadotoxic cancer treatment. *Hum Reprod* 2007; 22: 1384-1395
26. Anderson RA, Wallace WH, Baird DT. Ovarian cryopreservation for fertility preservation: Indications and outcomes. *Reproduction* 2008; 136: 681-689
27. Jadoul P, Dolmans MM, Donnez J. Fertility preservation in girls during childhood: Is it feasible, efficient and safe and to whom should it be proposed? *Hum Reprod Update* 2010; 16: 617-630
28. Cvancarova M, Samuelsen SO, Magelssen H, et al. Reproduction rates after cancer treatment: Experience from the Norwegian radium hospital. *J Clin Oncol* 2009; 27: 334-343
29. National Cancer Institute: FDA approval for bevacizumab. Available at: [www.cancer.gov/cancertopics/druginfo/fda-bevacizumab](http://www.cancer.gov/cancertopics/druginfo/fda-bevacizumab)
30. Apperley J. CML in pregnancy and childhood. *Best Pract Res Clin Haematol* 2009; 22: 455-474



Фигура 1. Алгоритъм за оценяване и обсъждане на съхранение на фертилност при онкологични пациенти.



# 3 Хранене при онкологични пациенти



### 3.1. СКРИНИНГ И ОЦЕНКА НА ТУМОРНА МАЛНУТРИЦИЯ – АНОРЕКСИЯ И КАХЕКСИЯ

*Георги Павлов, Чавдар Стефанов, Валентин Власаков*

В съответствие с консенсусната дефиниция на European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) туморната кахексия (ТК) се дефинира като комплексен клиничен синдром, характеризиращ се с тежка, хронична, неволева и прогресивна загуба на тегло, която се повлиява частично от конвенционална нутритивна подкрепа и може да бъде свързана със симптоми като анорексия, астения и ранно насищане.<sup>1,2</sup> През 2006 г. *Fearon et al.* на базата на резултати от анализ на 170 пациенти с авансирал карцином на панкреас и значима редукция на тегло определят ТК като състояние, включващо следните три основни характеристики: загуба на тегло  $\geq 10\%$  от изходните стойности, хранителен прием  $\leq 1500$  kcal/d и ниво на С-реактивен протеин  $\geq 10$  mg/l. Това определение се основава на солидни клинични и патофизиологични доказателства и въпреки че е прогностично валидирано, то има своите недостатъци – не позволява класифициране на пациентите в отделни степени по тежест, затруднява оценката на калорийния състав на диетата при карциномно болни в амбулаторни условия от неспециалисти и прави необходимо извършване на кръвни изследвания и провеждане на повторна оценка на пациента.<sup>1,2</sup>

През 2009 г. *Bozzetti and Mariani* предлагат работно определение, съгласно което ТК се определя като загуба на повече от 10% от обичайното телесно тегло, свързано или не с един от характерните симптоми на това състояние – анорексия, ранно насищане и слабост. Загуба на телесно тегло  $< 10\%$  от изходните стойности при онкологични пациенти се дефинира като туморна прекахексия. Авторите предлагат следните четири степени на ТК<sup>1,3</sup>: (1) I степен – загуба на тегло  $< 10\%$  при липса на симптоми; (2) II степен – загуба на тегло  $< 10\%$  с изява на един или повече от посочените симптоми; (3) III степен – загуба на тегло  $\geq 10\%$  при липса на симптоми; (4) IV степен – загуба на тегло  $\geq 10\%$  с изява на един или повече от посочените симптоми. Класификацията на *Bozzetti* и *Mariani* е валидирана върху 1300 пациенти с различни солидни тумори. В редица проучвания е установено, че колкото по-голяма е степента на ТК, толкова честотата на изява на неблагоприятни прогностични фактори е по-висока. Основно предимство на тази работна дефиниция е просто и лесно приложение, дори и при пациенти в неспецифични амбулаторни условия. Освен това тя позволява лесно обособяване на пациенти в хомогенни групи при провеждане на проспективни рандомизирани клинични проучвания и подпомага интерпретацията на публикувани данни от проведени проучвания върху различни терапевтични подходи при ТК.<sup>3</sup>

**Патогенеза на туморна кахексия/малнютриция.** Туморната кахексия представлява уникално метаболитно нарушение, което не може да бъде отъждествено с недохранване или гладуване, а по-скоро е резултат от комплексни и сложни промени в метаболизма на организма, които настъпват в хода на неопластичния процес. Туморната кахексия е комплексен клиничен синдром, последица на два основни механизма – намален хранителен прием и повишена продукция и освобождаване на редица про-

инфламаторни цитокини и тумор-специфични хаектични фактори, които водят до прогресивна редуция на телесна маса поради изчерпване на висцерални протеини и мастна тъкан, а така също и до нарушена утилизация на макро- и микронутриенти.<sup>1,4</sup> Карциномните клетки експресират голямо разнообразие от проинфламаторни цитокини (TNF, IL-2, IL-8, IFN- $\gamma$  и др.), както и MIF и PTHrP, които са в състояние да индуцират чернодробен острофазов протеинов отговор. Някои от тях след освобождаване от карциномни клетки осъществяват локални ефекти като индуцират възпаление и активират клетките, участващи във възпалителния отговор на макроорганизма, които, от своя страна, инициират собствена цитокинна каскада.<sup>1</sup> Тумор-специфичните хаектични фактори, които заемат централно място в развитието на карциномната малнутриция са протеолиза-индуциращ фактор (PIF) и липид-мобилизиращ фактор (LMF).<sup>1</sup> Метаболитните ефекти на цитокините и основните метаболитни нарушения при карциномно болни пациенти са представени на Табл. 1 и 2. Възрастта и нивото на физическа активност са фактори от съществено значение за метаболитните промени и отговора към провеждана хранителна интервенция – карциномните пациенти често са възрастни и със значитимо редуцирана физическа активност, особено в напреднали стадии на болестта. При пациенти с тумори на гастроинтестинален тракт, глава и шия хранителният внос може да бъде компрометиран не само поради развитие на анорексия, но и поради чисто механични проблеми, свързани с преминаване на храната през храносмилателната система. Това обяснява защо пациенти с посочените тумори показват значитимо по-голяма честота и степен на редуция на телесна маса.<sup>1</sup>

Таблица 1. Цитокин-медицирани метаболитни ефекти при онкологични пациенти.

Цитокин	Белтъчен метаболизъм	Въглехидратен метаболизъм	Липиден метаболизъм
TNF	Засилена мускулна протеолиза Засилено протеиново окисление Повишена черодробна протеинна синтеза	Повишена гликогенолиза Понижена гликогеносинтеза Повишена глюконеогенеза Повишен глюкозен клирънс Повишена лактатна продукция	Понижена липогенеза
IL-1	Повишена черодробна протеинна синтеза	Повишена глюконеогенеза Повишен глюкозен клирънс	Засилена липолиза Понижена синтеза на липопротеин-липаза Повишена синтеза на мастни киселини
IL-6	Повишена черодробна протеинна синтеза		Засилена липолиза Повишена синтеза на мастни киселини
IFN- $\gamma$			Засилена липолиза Понижена липогенеза Понижена активност на липопротеин-липаза



Таблица 2. Метаболитни нарушения при онкологични пациенти.

<p><b>Въглехидратен метаболизъм</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- повишена глюконеогенеза от аминокиселини, лактат и глицерол</li> <li>- повишен глюкозен клирънс и рециклиране</li> <li>- инсулинова резистентност</li> </ul>
<p><b>Липиден метаболизъм</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- засилена липолиза</li> <li>- повишен търновър на глицерол и мастни киселини</li> <li>- подтиснато инхибиране на липидно окисление от глюкоза</li> <li>- понижена липогенеза</li> <li>- понижена активност на липопротеин-липаза</li> <li>- временно повишаване на плазмените нива на неестерифицирани мастни киселини</li> <li>- временно повишаване на плазмените нива на липиди</li> </ul>
<p><b>Белтъчен метаболизъм</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- засилен катаболизъм на мускулни протеини</li> <li>- повишен търновър на тоталния телесен протеин</li> <li>- повишена чернодробна протеинна синтеза (острофазов отговор)</li> <li>- понижена протеинна синтеза в мускулите</li> </ul>

**Скрининг и оценка за туморна малнутриция.** Нарушеният хранителен статус при онкологични пациенти е свързан с понижено качество на живот, по-ниска двигателна активност, по-висока честота на свързани с лечението нежелани реакции, по-лошо повлияване на тумора от лечение, по-дълъг болничен престой, по-висока смъртност и по-висока цена на диагностичнолечебния процес. Поради това, както и поради липса на достоверни данни за влияние на клиничното хранене върху туморния растеж, оценката на нутритивния статус и планирането и провеждането на хранително подпомагане трябва да бъдат интегрална част от комплексните грижи и лечение на пациентите с онкологични болести.<sup>1,2</sup> Диагностичният процес за ТК/малнутриция включва два последователни етапа<sup>4,5</sup>: нутритивен скрининг и оценка на нутритивен статус.

**Нутритивен скрининг.** Той е начален етап в процеса на откриване на онкологични пациенти с нутритивни нарушения и неговата цел е да идентифицира пациентите с риск за развитие на ТК/малнутриция. Методите за нутритивен скрининг трябва да бъдат прости, бързи и лесни за приложение, да са валидирани и да гарантират адекватно нутритивно поведение. За оценка на нутритивен риск са разработени различни протоколи и инструменти: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults, Nutritional Risk Screening (NRS), Initial Screening in Mini Nutritional Assessment (MNA) for the elderly, Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ), Subjective Global Assessment (SGA) и др. Най-широко приложение в Европа намират въведения от ESPEN Nutritional Risk Screening и предложеният от British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) – Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults.<sup>1,4-8</sup>

*Универсален скрининг за малнутриция при възрастни (Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults).* Протоколът включва оценка на три основни показателя – Body Mass Index (BMI) в kg/m<sup>2</sup>; загуба на тегло за последните 3-6 месеца; ефект на остро заболяване: (A) BMI

(kg/m<sup>2</sup>): (i)  $\geq 20.0$  – 0 точки; (ii) 18.5-20.0 – 1 точки; (iii)  $\leq 18.5$  – 2 точки; (Б) загуба на тегло за последните 3-6 месеца: (i)  $\leq 5\%$  – 0 точки; (ii) 5-10% – 1 точки; (iii)  $\geq 10\%$  – 2 точки; (В) ефект на остро заболяване – добавете 2 точки, ако хранителният прием е намален или липсва за повече от 5 дни. Нутритивен риск = А + Б + В. Оценка на общ риск за малнутриция<sup>1,4,5</sup>. (1) липсва нутритивен риск – оценка 0 точки; поведение: рутинно лечение и здравни грижи; необходимо е провеждане на повторен скрининг: при пациенти в болница – веднъж седмично, а при пациенти в доболничната помощ – веднъж месечно; (2) умерен нутритивен риск – оценка 1 точка; необходимо е наблюдение: при пациенти в болница – документиране на прием на храна и течности в продължение на 3 дни, а при пациенти в доболничната помощ – както при пациенти при болнично лечение; (3) висок нутритивен риск – оценка  $\geq 2$  точки; необходимо е провеждане на лечение: при пациенти в болница – консултация с анестезиолог-интензивист, квалифициран в провеждането на ентерално (ЕХ) и парентерално хранене (ПХ), и се стартира незабавно изкуствена нутритивна подкрепа, а при пациенти в доболничната помощ – както при пациенти на болнично лечение.

Скрининг за нутритивен риск (Nutritional Risk Screening (NRS), ESPEN). NRS включва два протокола, съотв. за начален и окончателен скрининг (Табл. 3 и 4).

Таблица 3. Протокол № 1 за начален скрининг за нутритивен риск.

Протокол №1: Начален скрининг		Да	Не
1.	ВМІ по-малък ли е от 20.5?		
2.	Отслабнал ли е пациентът през последните 3 месеца?		
3.	Имал ли е пациентът намален прием на храна през последната седмица?		
4.	Пациентът тежко болен ли е? (напр. нужда от интензивно лечение?)		

Отговор *да* на който и да е от посочените въпроси налага провеждане на оценка по следващия протокол. Отговор *не* на всички въпроси налага повтаряне на скрининга по Протокол №1 веднъж седмично. Ако пациентът е планиран за голяма оперативна интервенция, се предприема превантивна нутритивна подкрепа за предпазване от евентуален риск.

Таблица 4. Протокол № 2 за окончателен скрининг за нутритивен риск.

Протокол №2: Окончателен скрининг			
Нарушен нутритивен статус		Тежест на болестта (повишени нутритивни нужди)	
Липсва 0 точки	Нормален нутритивен статус	Липсва 0 точки	Нормални нутритивни нужди
Лека степен 1 точка	Загуба на тегло >5% за 3 месеца или Прием на храна през предшестващата седмица 50-75% от нормалните нужди	Лека степен 1 точка	Фрактура на бедрена кост; Хронични пациенти с остри усложнения: цироза, ХОББ; Пациенти на хроничнохемодиализа; Диабетици; Онкологични пациенти
Умерена степен 2 точки	Загуба на тегло >5% за 2 месеца или ВМІ18.5-20.0 + увредено общо състояние или Прием на храна през предшестващата седмица 25_50 % от нормалните потребности	Умерена степен 2 точки	Големи коремни оперативни интервенции; мозъчен инсулт; тежка пневмония; малигненни хемопатии

Тежка степен 3 точки	Загуба на тегло >5% за 1 месец или BMI <18.5 + увредено общо състояние или Прием на храна през предшестващата седмица 0–25% от нормалните потребности	Тежка степен 3 точки	Черепно-мозъчна травма; костно-мозъчна трансплантация; пациенти за интензивно лечение (APACHE>10 т.)
<b>Точки:</b>		<b>Точки:</b>	
<b>Възраст: при пациенти на възраст над 70 години се добавя 1 точка</b>			
<b>Общ брой точки:</b>			
<b>При общ брой точки ≥3</b> пациентът е с риск за малнутриция и е необходим план за нутритивен съпорт			
<b>При общ брой точки &lt;3</b> липсва риск за малнутриция, но е необходим повторен скрининг след 1 седмица. Ако предстои голяма оперативна интервенция е необходим превантивен нутритивен съпорт			

**Оценка на хранителен статус.** Представява по-подробен и отнемаш време процес, който се провежда при всички пациенти с нутритивен риск от квалифициран в областта на клиничното хранене персонал. Оценка на хранителния статус се осъществява посредством съблюдаване на следните основни принципи<sup>5</sup>: (1) измерване и оценка на хранителния баланс (хранителен прием, апетит, загуба на тегло, воден баланс, гастроинтестинални симптоми, фебрилитет, хранителни загуби с екскрети и пр.); (2) измерване и оценка на телесния състав (антропометрични показатели, биоелектричен импеданс анали; (3) измерване на възпалителната активност (С- реактивен протеин, левкоцитен брой); (4) измерване на органната функция (мускулна, респираторна и имунна функция).

**Антропометрия.** Измерва анатомичните промени, които настъпват като резултат от промените в нутритивния статус на организма.<sup>1,4,5,8</sup>

Телесното тегло е най-често използваният параметър в клиничната практика. Краткосрочните му промени отразяват колебания във водния баланс на организма, докато дългосрочните отразяват по-скоро нетните промени в реалната тъканна маса. Освен като показател за оценка на нутритивен статус, актуалното телесно тегло се използва и за изчисляване на дневните енергийни нужди с помощта на стандартни уравнения, както и за определяне на други нутритивни нужди и изчисляване на лекарствени дози. При пациенти със свръхтегло или със значима редуция в телесното тегло (ТТ) за изчисляване на дневни нутритивни нужди се препоръчва използване на идеалното телесно тегло на пациента. Индекс на телесна маса (Body Mass Index, BMI) позволява сравнение на двата пола в повечето възрастови групи спрямо нормата:  $BMI \text{ kg/m}^2 = \frac{TT \text{ (kg)}}{(ръст \text{ (m)})^2}$  – 19-24.9 – нормален; 25-29.9 – наднормено тегло; > 30 – затлъстяване; 18-19 – възможна малнутриция; < 18 – малнутриция. При стойности на BMI < 10 за жени и < 12 за мъже преживяемостта е малко вероятна. Стойности на BMI < 20 корелират добре със смъртността и крайния изход. При възрастни пациенти с редуцирана телесна маса във връзка с остеопороза долната референтна граница се повишава като е установено, че стойности < 22 са асоциирани с лош краен изход. Ето защо възрастни пациенти с остеопороза и BMI < 22 се приемат за малнутритивни.

**Обиколка на мишица (ОМ) и дебелина на кожна гънка над т. triceps brachii (ДКГТ).** Измерването на ОМ става с помощта на рулетка по средата между *acromion scapulae* и *olecranon*. Методът е лесен за приложение и полезен в случаи, когато е невъзможно провеждане на измерване на телесното тегло. Ниски стойности на този показател по-

казват добра корелация със смъртността, заболяемостта и благоприятен отговор от провеждана нутритивна интервенция. При възрастни пациенти е установено, че ОМ е по-чувствителен и достоверен индикатор за смърт, отколкото ВМІ. Показателят ДКГТ се измерва с калипер, изисква по-голям опит и измерването е свързано с по-висок риск от грешки. И двата показателя се повлияват от промени в състоянието на водния баланс.

*Функционални тестове.* Физическата и органната дисфункция във връзка с развиваща се малнутриция могат да бъдат открити с помощта на прости измервания, позволяващи както оценка на начален нутритивен статус, така и продължително мониториране за оценка на отговор към провеждана хранителна интервенция. Мануалната динамометрия измерва силата на произволно ръкостискане и добре корелира с хранителния статус на пациента; измерването на функцията на скелетните мускули отразява едновременно промените в мускулната маса и хранителния внос на пациента; подобрене в мускулната сила настъпва 2-3 дни след стартиране на адекватна хранителна поддръжка преди постигане на каквото и да е повишаване на мускулната маса.<sup>4, 5, 9</sup> Директната мускулна стимулация представлява електрична стимулация на *m. adductor policis* и директно измерване на контракцията, силата и релаксацията на мускула; методът позволява ранно откриване на промени при гладуване и захранване; някои автори са популяризирали метода като полезна възможност за оценка на неволева мускулна сила, независимо от нервния контрол при леглото на болния.<sup>1, 4, 5</sup> Респираторната функция включва измерване на форсиран експираторен обем за 1 секунда (ФЕО1), който освен като показател за степен на бронхиална обструкция, може да се използва и за оценка на сила на респираторните мускули при малнутриция; други показатели са инспираторна и експираторна сила, отнесени спрямо резистънс на дихателните пътища; установена е тясна корелативна връзка между тези показатели и тоталния телесен протеин с

тенденция за бързото им понижаване след загуба на 20% от телесните протеини.<sup>1, 4, 5, 10</sup> Иммунната функция при тежка енергийно-протеинна малнутриция е асоциирана с промени в клетъчно-медиацията на имунитет, фагоцитната функция, комплемента, секторните имуноглобулини А, концентрацията на антитела и цитокинна продукция; дори дефицит на единични микронутриенти (Zn, Se, Fe, vitamin A, C, E, B6) е в състояние да наруши имунния отговор; лимфоцитопения от 900 до 1500/mm<sup>3</sup> е показател за умерена, а < 900/mm<sup>3</sup> – за тежка малнутриция.<sup>1, 4, 5</sup>

*Лабораторни параметри.*<sup>1, 4, 5, 11</sup> Серумният албумин е добър предиктор на хирургичния стрес, като отразява по-скоро тежестта на болестта, отколкото тежестта на малнутриция, въпреки че бавното му нормализиране след остро заболяване може да бъде повлияно и от енергийния и протеинния внос; промени в серумната концентрация се повлияват основно от процесите на разпределение и дилуция в резултат на повишеното му елиминирание от циркулацията; албуминът има дълъг полуживот (18 дни), поради което промени в неговата концентрация не отразяват надеждно остри метаболитни ефекти от протичащ болестен процес. От протеините с кратък полуживот транстиретинът (преалбумин) и трансферинът имат полуживот съотв. 2 и 7 дни и са много по-чувствителни показатели за промени в хранителния прием и хранителния статус на организма; подобно на албумина, плазмените концентрации на транстиретин и трансферин се променят главно в резултат на преразпределение и дилуция в екстраваскуларния компартимент или от преимуществено изместване на белтъчния синтез в черния дроб към продукция на острофазови протеини, поради което при редица болестни състояния те не могат да бъдат използвани като надеждни показатели за оценка на нутритивен статус. Уринната екскреция на креатинин отразява мускулната маса, като при малнутриция концентрацията му в урината се понижава; измерването му за 24 часа позволява изчисляване на т.нар. креатинин-височинен индекс (в %),

който се използва като надежден показател за оценка на мускулна маса: Creatinine Height Index (CHI) = измерен 24-часов уринен креатинин/идеален 24-часов уринен креатинин за съответния ръст) x 100; стойности от 5-15% отразяват лека степен, 15-30% – умерена степен и > 30% – тежка степен на изчерпване на мускулната маса. Азотният баланс се използва по преценка, защото в клинични условия азотният внос почти винаги се надценява, а загубите с урината, фецес, кожа, рани и др. се подценяват; въпреки че уреята съдържа 80% от елиминирания с урината азот при нормални условия, тази фракция може да варира значително при малнутриция и заболяване; независимо от това, големи промени в уринната урейна екскреция могат да бъдат полезен показател за промени в нетния белтъчен катаболизъм и това да бъде използвано като прост и полезен метод при онкологични пациенти на интензивно лечение. Други лабораторни тестове са чернодробни ензими, креатинин, урея, електролити (Са, Р, Mg) и те трябва да се изследват рутинно; Zn, Se и Fe са информативни предимно при гастроинтестинални болести; С-реактивният протеин е полезен за оценка на степен на остро възпаление и е по-малко надежден показател за хронично възпаление или възстановяване след остри инфламаторни състояния.

**Биоелектричен импеданс-анализ (БИА).** Той е метод за оценка на телесния състав, който се основава на различия в проводимостта на различните тъкани. Методът намира приложение при здрави индивиди и пациенти с компенсирани хронични болести със стабилен водно-електролитен баланс, но има ограничено приложение в клиничната практика поради значими колебания във водния баланс и телесния състав в хода на редица болести.<sup>4,5,12,13</sup>

**Данни за хранителен прием.** За калкулация на енергиен и протеинов внос, както и за прогнозиране на нутритивен статус, се прилага количествено определяне на хранителния прием чрез водене на дневници или попълване на таблици.<sup>1,4,5</sup>

Нутритивен скрининг трябва да се провежда при всички онкологични пациенти при постъпване и по време на болничния престой (веднъж седмично). При болни с установен нутритивен риск се разработва незабавно план за хранително и метаболитно подпомагане.

**С**

- При онкологични пациенти се препоръчва скрининг на нутритивен риск и оценка на нутритивен статус, стартиращ незабавно след поставяне на основната онкологична диагноза.
- За нутритивен скрининг при онкологични пациенти се препоръчват инструментите NRS и MUST.
- При онкологични пациенти се препоръчва често периодично осъществяване на скрининг за туморна малнутриция и оценка на нутритивен статус.
- Препоръчва се да не се отлага адекватно и своевременно планиране и провеждане на хранително подпомагане при онкологични пациенти поради липса на достоверни данни за влиянието му върху туморния растеж.

**C**

- При всички онкологични пациенти с висок риск за развитие или с вече изявена малнутриция се препоръчва незабавно стартиране на адекватна хранителна интервенция.



- Редукцията в телесното тегло е най-значим показател за оценка на хранителен статус и наличие на малнутриция, който е надежден и лесен за приложение в ежедневно клинична практика.
- При хоспитализирани онкологични пациенти без нутритивен риск е необходимо често провеждане на повторен скрининг за риск от малнутриция веднъж седмично.
- При онкологични пациенти в амбулаторни условия без нутритивен риск е необходимо често провеждане на повторен скрининг за риск от малнутриция веднъж месечно.
- При всички онкологични пациенти (хоспитализирани и амбулаторни) е необходимо активно наблюдение и документиране на прием на храна и течности в продължение на 3 дни; при всички пациенти, при които са налице данни за неадекватен ентерален прием в продължение на повече от 7 дни, се стартира хранително подпомагане.
- При всички онкологични пациенти с висок нутритивен риск се стартира незабавно хранително подпомагане.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Sobotka L, et al. Basics in clinical nutrition, 4<sup>th</sup> edtion. ESPEN, Galen 2011: 583-590
2. Bozzetti F, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition- Non-Surgical Oncology. *Clin Nutr* 2009; 28: 445-454
3. Bozzetti F, et al. Defining and classifying cancer cachexia: a proposal from SCRINIO Working Group. *JPEN* 2009; 33: 361-367
4. БУАСПЕН. Национален консенсус за парентерално и ентерално хранене. София 2008, 20-23
5. Sobotka L, et al. Basics in clinical nutrition, 4<sup>th</sup> edtion. ESPEN, Galen 2011: 21-32
6. Kondrup J, et al. Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003; 22: 321-336
7. Elia M. Rhe "MUST" report. Nutritional screening of adults: a multidisciplinary responsibility. Redditch: BAPEN 2003
8. Kondrup J, et al. ESPEN Guidelines for nutritional screening. *Clin Nutr* 2003; 22: 415-421

9. Jeejeebhoy K. Nutritional Assessment. *Clin Nutr* 1998; 27: 347-369
10. Hill G, et al. Rhoads Lecture. Body composition research: implications for the practice of clinical nutrition. *JPEN* 1992; 16: 197-218
11. Shnkin A, et al. Laboratory assessment of protein energy status. *J Int Fed Clin Chem* 1996; 9: 58-61
12. Kyle U, et al. Bioelectrical impedance analysis- part I: review of principles and methods. *Clin Nutr* 2004; 23: 1226-1243
13. Kyle U, et al. Bioelectrical impedance analysis- part II: utilization in clinical practice. *Clin Nutr* 2004; 23: 1430-1453

**3.2. ЕНТЕРАЛНО ХРАНЕНЕ***Валентин Власаков, Чавдар Стефанов, Георги Павлов*

Индикациите и решението за започване на ентерално хранене (ЕХ) при онкологични пациенти с нарушена възможност за прием на храна през устата, заедно с избор на подходяща техника, се предшества от цялостна оценка на състоянието, включваща: (1) стадий на онкологична болест и прогноза; (2) общо състояние (пърформанс статус); (3) социална среда, семейство и кълпаянс на пациента; (4) функционално състояние на гастроинтестинален тракт. Неотменими условия за осъществяване на ЕХ са съгласие на пациента и нормално функциониране на гастроинтестиналния тракт.

**Техники за осъществяване на ентерално хранене.** Могат да се разделят условно на три групи според мястото, където храната постъпва – в стомах или в тънко черво след *lig. Treitz*: (1) ентерално хранене през назогастрични и назоеюнални сонди; (2) ентерално хранене през хирургически гастростоми (*Witzel*-, *Stamm*- или *Janeway*-гастростомия); (3) ендоскопско-асистирани техники – PEG (ПЕГ)-перкутанна ендоскопска гастростома и PEJ (ПЕИ)-перкутанна ендоскопска йеюностома. Изборът на най-подходяща техника за ЕХ е в компетенцията на интердисциплинарен екип и с участие на семейството на пациента, като се вземат предвид неговите желания. При обозримо краткотрайна (под 3 седмици) необходимост от ЕХ, например при мукозит, се използват назогастрични, а при опасност от аспирация – назоеюнални сонди. При индикации за ЕХ с продължителност над 3 седмици се пристъпва към поставяне на PEG, а при риск от аспирация – PEJ.

Перкутанната ендоскопска гастростома (PEG) е стандартен метод на избор за решаване на продължителни проблеми с поемане на храна и течности; толерира се добре от паци-

ента и от близките и е лесна за обслужване. Тръбата е от полиуретанов или силиконов материал с добра тъканна поносимост. Докато назогастричните сонди предизвикват дискомфорт, улцерации, възпаления и кървене, а и често дислоцират, PEG-сондите се възприемат по добре и са по-малко стигматизиращи за обществото. Проучванията показват по малка честота на аспирационни пневмонии и на езофагиален рефлукс при PEG в сравнение с назогастрични сонди. Усложнения, като локална инфекция, дислокация на тръба, запушване, перитонит или образуване на фистула, са сравнително редки. Изваждането на тръбата при изчерпване на индикацията за ЕХ или по необходимост се извършва отново по ендоскопски път. При желание от страна на социално интегрирани, активни и млади пациенти, или по козметични причини конвенционалната гастростома може да се подмени с бутонна-система (*button-system*), като ползването ѝ е възможно най-рано 4-5 седмици след имплантиране, когато каналът е добре оформен.

При затруднения за поставяне на стандартна PEG или PEJ, например поради непроходимост на езофаг, изборът е между класическа хирургична гастростомия и перкутанна лапароскопска гастростомия (PLG) или перкутанна лапароскопска йеюностомия (PLJ). По-рядко, по изключение, се извършват сонографско-асистирана перкутанна гастростомия (PSG) и йеюностомия (PSJ) и флуорографско-асистирана перкутанна гастростомия (PGF) и йеюностомия (PFJ).

**Методи за подаване на храна.** Използват се следните режими: (1) непрекъснат – храната се подава с еднаква скорост в продължение на 20-22 часа с инфузионна помпа; (2) цикличен – храната се подава 8-12 часа, предимно нощем, с помпа; подходящо е за хора с активен режим, които искат да имат свободен период през деня; (3) болусен – храната е разпределена на отделни 3-4 дози/болуси, които се подават с помпа или със спринцовка за около 30-60 минути на сеанс.



<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Започване на ентерално хранене се препоръчва при очакван мукозит вследствие на противотуморна терапия (лъчелечение и химиотерапия с опасност от загуба на тегло и прекъсване на лечението).</li><li>■ При липса на противопоказания ентерално хранене се препоръчва пред парентерално поради по-малко съпътстващи компликации и по-ниска цена.</li><li>■ За ентерално хранене се препоръчва използване на стандартни храни.</li><li>■ При подготовка за големи абдоминални операции, независимо от нутритивния статус, се препоръчва обсъждане за ентерално хранене, обогатено с имунонутриенти.</li></ul>
<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Започване на ентерално хранене се препоръчва при пациенти, губещи тегло поради недостатъчен прием на храна.</li><li>■ Ентерално хранене във финална фаза на живота се препоръчва за подтискане на чувството на жажда и глад у пациента.</li></ul>
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Започване на ентерално хранене се препоръчва при вече съществуващо недोхранване и перспектива за продължаване на състоянието над 7 дни.</li><li>■ Започване на ентерално хранене се препоръчва при приемане на по-малко от 60% от необходимата за поддържане на енергетични разходи храна за период по-дълъг от 10 дни.</li><li>■ Започване на ентерално хранене се препоръчва при тумори в областта на глава, шия и хранопровод, съпътствани с проблеми в гълтането.</li><li>■ При радиационен орален или езофагиален мукозит се препоръчва използване на PEG-сонда.</li><li>■ Ентерално хранене не се препоръчва като стандарт при трансплантация на стволови клетки.</li><li>■ Ентерално хранене може да се обсъжда по желание на некурабилни пациенти с цел намаляване на загуба на тегло до настъпване на финалната фаза.</li></ul>



- *Ентерално хранене се предпочита пред парентерално поради по-лесното си изпълнение.*
- *Ентералният път за въвеждане на хранителни субстрати трябва да бъде използван винаги, когато това е възможно.*
- *При очаквана продължителност на ентерално подпомагане над 3 седмици се обсъжда поставяне на хранителна гастростома или йеюностома чрез ендоскопски техники.*
- *Адекватността на ентералното хранително подпомагане трябва да се оценява периодично; когато то не може да покрие над 60% от нуждите, трябва да се обмисли добавяне на парентерално хранене.*
- *Ентералното хранене не повлиява туморния растеж.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Sobotka L, et al. Basics in clinical nutrition, 4<sup>th</sup> edition. ESPEN, Galen 2011: 583-590
2. Bozzetti F, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition- Non-Surgical Oncology. *Clin Nutr* 2009; 28: 445-454
3. Bozzetti F, et al. Defining and classifying cancer cachexia: a proposal from SCRINIO Working Group. *JPEN* 2009; 33: 361-367
4. БУАСПЕН. Национален консенсус за парентерално и ентерално хранене. София, 2008: 20-23
5. Sobotka L, et al. Basics in clinical nutrition, 4<sup>th</sup> edition. ESPEN, Galen 2011: 21-32
6. Kondrup J, et al. Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003; 22: 321-336
7. Elia M. Rhe "MUST" report. Nutritional screening of adults: a multidisciplinary responsibility. Redditch: BAPEN 2003
8. Kondrup J, et al. ESPEN Guidelines for nutritional screening. *Clin Nutr* 2003; 22: 415-421
9. Jeejeebhoy K. Nutritional Assessment. *Clin Nutr* 1998; 27: 347-369
10. Hill G, et al. Rhoads Lecture. Body composition research: implications for the practice of clinical nutrition. *JPEN* 1992; 16: 197-218
11. Shnkin A, et al. Laboratory assessment of protein energy status. *J Int Fed Clin Chem* 1996; 9: 58-61
12. Kyle U, et al. Bioelectrical impedance analysis- part I: review of principles and methods. *Clin Nutr* 2004; 23: 1226-1243
13. Kyle U, et al. Bioelectrical impedance analysis- part II: utilization in clinical practice. *Clin Nutr* 2004; 23: 1430-1453

### 3.3. ПАРЕНТЕРАЛНО ХРАНЕНЕ

Георги Павлов, Чавдар Стефанов, Валентин Власаков

Цел на парентералното хранене (ПХ) при онкологични пациенти е да подобри функциите на основните органи и системи и изхода чрез профилактика и лечение на недохранването/кахексията, усиляване на действието на антитуморната терапия, контролиране и неутрализиране на страничните действия на антитуморното лечение и подобряване на качеството на живот.<sup>1-7</sup>

**Започване на парентерално хранене.** Хранително подпомагане трябва да се започне, ако пациентът е недохранен или се очаква, че няма да може да се храни повече от седем дни.<sup>7</sup> При пациенти с неадекватно орално хранене ( $\leq 60\%$  от енергийните нужди) се започва хранително подпомагане, ако се очаква това да продължи повече от 10 дни.<sup>9</sup> В тези случаи, ако хранителното подпомагане не може да се доставя ентерално, се преминава към ПХ. „Допълващото“ ПХ трябва да покрие разликата между актуална орална/ентерална доставка и изчислени нужди. Ако оралната или

ентералната доставка е адекватна, няма показания за започване на парентерално хранене.

**Венозен достъп.** За някои пациенти ПХ през централен венозен катетър (ЦВК) може да бъде единствен начин за адекватна доставка на дневните енергийни и пластични нужди.<sup>8</sup> При краткотрайно ПХ (до 3 седмици) могат да бъдат използвани конвенционални ЦВК или периферно въведен ЦВК (PICC). При ПХ, допълващо ентералния прием на енергиен субстрат, е възможно осъществяване чрез периферна венозна канюла, като осмоларитетът на разтвора трябва да бъде  $< 850 \text{ mOsm}$ . При продължително ПХ (над 3 седмици) се препоръчва употребата на тунелизирани катетри (тип *Hickman*) или имплантируеми портове (*Port-a-Cath*). Според продължителността на планираното парентерално хранително подпомагане се препоръчват следните венозни достъпи: (1) за краткотрайно ПХ (до 3 седмици) – конвенционален ЦВК или периферно въведен ЦВК (PICC); (2) за ПХ със средна продължителност (до 3 месеца) – периферно въведен ЦВК, тунелизиран катетър, катетър тип *Hohn*, порт; (3) за дълготрайно ПХ (над 3 месеца) – тунелизиран катетър (*Hickman, Broviac*) или имплантиран порт, в зависимост от режима на хранене.

**А**

- ▣ Парентерално хранене не се препоръчва при пациенти със запазени възможности за тотално ентерално хранене.
- ▣ Не се препоръчва рутинното приложение на парентерално хранене по време на химиотерапия, лъчелечение или съчетана терапия.
- ▣ Периоперативно парентерално хранене не се препоръчва при пациенти с нормален хранителен статус и възможности за ентерален прием.
- ▣ Периоперативно парентерално хранене се препоръчва при пациенти с малнутриция и невъзможност за ентерално хранене.

**В**

- ▣ При пациенти на домашно парентерално хранене се препоръчва циклично прилагане на парентерални субстрати.

**В**

- За парентерално хранене се препоръчва употребата на инфузионни помпи.
- Допълващо парентерално хранене се препоръчва при пациенти с неадекватно ентерално хранене (< 60% от изчислените дневни нужди) и с предвиджана продължителност поне 10 дни.
- При пациенти с остри гастроинтестинални усложнения от лъчелечение и химиотерапия (гастроинтестинална токсичност) се препоръчва краткотрайно парентерално хранене.
- При пациенти с хронична радиационна ентеропатия се препоръчва продължително парентерално хранене.
- При пациенти с тежки мукозити или радиационни ентерити се препоръчва парентерално хранене.
- При инкурабилни онкологични пациенти с интестинална недостатъчност се препоръчва продължително парентерално хранене при следните условия: (а) недостатъчно ентерално хранене; (б) очаквано преживяване над 2-3 месеца; (в) очаквана стабилизация на състоянието и подобряване на качеството на живот; (г) желание на пациента.
- Парентерално хранене се препоръчва при трансплантация на хемопоетични стволови клетки при пациенти с тежък мукозит, илеус или неповлияващо се повръщане.
- При пациенти с трансплантация на хемопоетични стволови клетки, които могат да приемат ентерално над 50% от хранителните си нужди, се препоръчва спиране на парентерално хранене.
- При пациенти с трансплантация на хемопоетични стволови клетки се препоръчва добавяне към парентерално хранене на глутамин.

**С**

- При онкологични пациенти се препоръчват дневни енергийни нужди, подобни на тези при здрави – 20-25 kcal/kg за лежащо болни и 25-30 kcal/kg за амбулаторни.
- Не се препоръчват специализирани хранителни формули при пациенти, при които се предвижда краткотрайно парентерално хранене.
- При пациенти с изявена кахексия и нужда от продължително парентерално хранене се препоръчва висок процент на липиден компонент (до и над 50% от непротеиновите калории).

C

- При пациенти с периперитивна малнутриция или с очаквано гладуване над една седмица, при които не е приложимо ентерално хранене, се препоръчва парентерално хранене.



- *Оптималният вариант за осъществяване на парентерално хранене е използване на сакове тип all-in-one.*
- *За нормална утилизация на въглехидратите към саковете се добавя инсулин в доза 1 Е инсулин/4 g глюкоза. Трябва да се следи за хипогликемия, а при нужда дозата на инсулина се намалява.*
- *Електролитният състав на разтворите трябва да компенсира ежедневните загуби и възможните нарушения. При нужда се добавят електролитни разтвори със специфичен състав.*
- *Инкурабилни пациенти могат да бъдат включени на парентерално хранене въпреки, ако основният проблем при тях е гладуването, което може да доведе до преждевременна смърт. Тези пациенти трябва да отговарят на следните критерии: (i) малки или липсващи възможности за орален/ентерален прием поради частична или пълна обструкция на гастроинтестиналния тракт; (ii) относително нормална функция на другите жизнено важни органи и системи; (iii) липса на тежки, неконтролирани симптоми; (iv) относителна ежедневна самостоятелност (индекс на Karnofsky-Burchenal > 50). В клиничната практика такива са пациентите с перитонеална карциноматоза и бавно растящи тумори (овариален карцином, ретроперитонеални тумори, интраабдоминални рецидиви).*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Barber MD. The pathophysiology and treatment of cancer cachexia. *Nutr Clin Pract* 2002; 17: 203-209
2. Tisdale MJ. Cachexia in cancer patients. *Nat Rev Cancer* 2002; 2 (11): 862-871
3. Ambrus JL, Ambrus CM, Mink IB, Pickren JW. Causes of death in cancer patients. *J Med* 1975; 6 (1): 61-64
4. Andreyev HJN, Norman AR, Oates J, Cunningham D. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *Eur J Cancer* 1998; 34 (4): 503-509
5. Ambrus JL, Ambrus CM, Mink IB, Pickren JW. Causes of death in cancer patients. *J Med* 1975; 6 (1): 61-64
6. Barrera R. Nutritional support in cancer patients. *J Parenter Enteral Nutr* 2002; 26 (Suppl. 5): 563-571
7. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition – Non-Surgical Oncology. *Clin Nutr* 2009; 28: 445-454
8. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition Home parenteral nutrition. *Clin Nutr* 2009; 28: 467-447
9. Henk van Halteren, Jatou Aminah. ESMO handbook of nutrition and cancer. ESMO Press, 2011

### 3.4. ЗДРАВНО-ИКОНОМИЧЕСКА ОРГАНИЗАЦИЯ НА ХРАНЕНЕТО В ОНКОЛОГИЯТА

*Златица Петрова, Георги Павлов, Чавдар Стефанов*

Нарастващият дял на разходите за здравеопазване от брутният вътрешен продукт (БВП) е причина правителствата и здравноосигурителните дружества в много страни да търсят нови подходи за тяхното оптимизиране. НТА, Health Technology Assessment (Оценка на здравните технологии) дава насоката на базата на доказателства за ценообразуването и реинбурсирането на здравните технологии и лекарствените терапии. Целта е да се идентифицират онези здравни стоки и услуги, които предлагат най-голяма стойност за за единица разход.<sup>11</sup> Съвременното развитие на здравната политика в страните от Европейски съюз (ЕС) все по-често ограничава произволните решения за реинбурсиране и свободно ценообразуване на здравните технологии и лекарствените терапии, като се предлагат сравнителни оценки на терапевтичната ефикасност, безопасност и разходна ефективност на предлаганите здравни продукти. Този процес към началото на 2015 г. е проходящ и няма реално влияние върху управлението и контрола на публичните здравни разходи.<sup>11</sup> Първата нормативна дефиниция на НТА в българското законодателство гласи: НТА е форма на политика в областта на научните изследвания, която проучва краткосрочните и дългосрочните резултати, свързани с прилагането на здравните технологии и има за цел да предостави информация относно алтернативни здравни стратегии.<sup>11</sup> Оценка на здравните технологии (ОЗТ) по принцип трябва да отговори на два основни въпроса: първо, оправдано ли е извършването на точно тази здравна процедура, услуга или терапия в сравнение с други алтернативи, които могат да бъдат реализирани със същите ресурси, и второ, убедени ли са здравните политици, че ресурсите трябва да бъдат изразходвани точно по този начин, а не по някакъв друг.<sup>1</sup> Следователно оценката

на здравните технологии включва не само икономически анализи, но и три други оценки – ефикасност, ефективност и достъпност. Това определя ОЗТ като комплексна здравно-икономическа оценка, в която участват различни видове специалисти и се използват общоприети правила за добра практика.<sup>2</sup> Съществуват редица публикации относно препоръките за представяне на ОЗТ, насоки за задължителни и препоръчителни параметри, които трябва да съдържат, както и приети алгоритми за оценяване на представените икономически доказателства от отговорните институции.<sup>3-5</sup> Все още обаче липсва систематичен анализ на нивото на въвеждане на ОЗТ в различните страни като нормативна структура, институции и професионални отговорности. В България съществува национална агенция за ОЗТ, която е създадена с постановление на Министерски съвет, отговаряща за ценообразуването на лекарствените продукти, включването им в позитивен лекарствен списък (ПЛК) и тяхното реинбурсиране. В България не съществува друга структура, която оценява други здравни технологии, като терапевтични, диагностични, скринингови или други здравни програми. В България до момента не съществуват изисквания за систематичен мета-анализ на научни доказателства, критична оценка на данни от клинични изпитвания, упътвания за адаптиране на данни от ОЗТ, доклади при трансфера им от други страни и т.н. Повечето държави, притежаващи развита система за преглед и анализ на фармакоикономически доказателства, са разработили упътване и насоки за провеждане на икономически оценки, най-вече в услуга на прозрачността и обективността в процеса на вземане на решения за реимбурсиране на лекарствените терапии с публични средства. Необходимо е НТА да се базира само и единствено на публикувани научни доказателства. Обикновено структурата на НТА включва: въпрос, перспектива, времеви хоризонт, целева пациентска популация, вид икономическа оценка, сравнителна алтернативна терапия, дизайн на фармакоикономическа оценка, измерване

на разходи и ползи и евентуалното им дисконтиране, резултат от икономическа оценка, анализа на чувствителността, тълкуване на резултатите и заключение.<sup>3</sup> Изборът на вида фармакоикономически анализ следва да се извърши в резултат на откритото различие в полза на оценяваните алтернативни лекарствени терапии.

**Анализ на минимизиране на разходите (cost minimization analysis-СМА).** Прилага се единствено в случаи, когато ползите от терапиите са очевидно аналогични. Анализът се основава на сравняване на разходите, свързани с еднакво лечение.

**Анализ от тина разход/резултат (cost effectiveness analysis-СЕА) или разход/ползност (cost utility analysis-СUA).** Рационалният подход изисква да се осъществява анализ на съотношението между разходи и ефективност от приложената интервенция (анализ цена-ефективност), както и на съотношението между разходи и ползи от нея (анализ цена-полза) с цел да се изработят процедури за реимбурсиране на реализираните разходи.

**Анализ цена-ефективност.** При провеждане на анализ цена-ефективност ползите се изразяват (поне частично) по отношение на крайния изход, като обикновено се измерват с т.нар. коригирани към качеството години живот (quality-adjusted life years, QALYs). Концепцията QALYs се основава на факта, че лечението на едно състояние може да упражни ефекти върху количеството или качеството на живот, понякога и върху двата показателя, но никога в една посока. Например, някои видове химиотерапия могат да повишат продължителността на живота, като в същото време понижават качеството му. Ето защо от съществено значение е съществуването на конкретен инструмент за количествено измерване, който да съчетава различните типове здравни ефекти на определена терапевтична интервенция. За тази цел здравните икономисти използват

показателя QALYs, основаващ се на субективната оценка на здравното състояние, изразена по скала от 0 до 1, където 0 означава смърт, а 1 означава перфектно здраве. Тези оценки, от своя страна, са базирани на резултати от анкетни карти, в които пациентите отразяват своето състояние. “Златен стандарт” в това отношение е т.нар. стандартен риск за провеждане на анкета, при която пациентите посочват колко години от живота си в перфектно здраве те са склонни да жертват, за да избегнат състояние на увредено здраве. Така например, ако пациентите са склонни да пожертват една година от живота си в перфектно здраве, за да избегнат 10 години живот с тежка увреда на зрението от катаракта, то се приема че нарушеното зрение понижава качеството на живот с 0.1.

**Анализ цена-полза.** При извършване на анализ цена-полза както цената на съответната интервенция, така и ползите от нея се изразяват в парични единици. Този анализ се използва често за сравнение на нова лечебна стратегия със стара. В тези случаи се изчислява съотношение, наречено incremental cost-effectiveness ratio (ICER), което измерва допълнителната стойност (разход) на добавената, коригирана към качеството година живот (QALY) и сравнена със старото лечение. Quality-adjusted life-year (QALY), спечелените години в добро здраве, са безспорен фаворит като начин за измерване на здравните ползи. Life-year-gained (LYG) се използва, когато не могат да бъдат представени ползите чрез QALY. Методологията на анализите (СЕА и SUA) по принцип е една и съща и се основава на съотношението на разходите и ползите от лекарствените терапии. Единствената разлика е изборът на параметър за измерване на здравните ползи: при SUA преимуществено се използва QALY, LYG, докато СЕА използва ясно измерими параметри на болестното състояние, клинично значими събития (промяна на лабораторни показатели, инфаркт, фрактура на бедрената кост), които имат решаващо влияние върху прогнозата и естествената еволюция на болестта.<sup>7</sup> Здравноикономическият подход би довел до вземане на правилни решения само ако

стойността на изследваната стратегия и ползите от нея са измерени правилно. Измерването на ползите от дадена терапевтична стратегия често се оказва затруднено поради методологични проблеми. Във връзка с това възникват следните основни въпроси: (1) какъв е среднотатистическият ефект на проучваната терапевтична стратегия сред релевантна популация онкологични пациенти при краткосрочно и/или дългосрочно приложение; (2) как трябва да се измерват и оценяват ползите за здравето в парична стойност; (3) трябва ли в анализа да се включват и ползите, които не са свързани със здравето, и ако това е така, как да бъдат измервани те; (4) трябва ли ползите, които настъпват в дългосрочен план, да бъдат пренебрегвани и ако е така, в каква степен.

Оценката на стойността на дадена терапевтична стратегия, в това число и на хранителната и метаболитна подкрепа при онкологични пациенти, е усложнена от няколко фактора: хетерогенност на пациентите с риск, откриване на нови терапевтични възможности и динамика в разходите за провеждане на лечението. Това определя голямото значение на икономическите анализи за планиране и провеждане на нутритивна подкрепа сред онкологични пациентит. Приложението на този тип анализи изисква творческо използ-

ване на ограничени данни и крие риск от значими разлики в получените резултати при използване на различни методики и предположения. За тази цел здравните икономисти използват анализи с висока чувствителност, но дори и така е налице риск заключенията им да бъдат свързани с голямо разнообразие от грешки. Независимо от това, този тип анализи продължават да бъдат полезен инструмент в процеса на вземане на решение, правейки видими „скритите“ ползи от лечението и пропуските в нашето познание.

В заключение, в България е необходимо нормативно въвеждане на добри практики и насоки към фармацевтичната индустрия за представяне и докладване на фармакоикономически оценки. Литературната справка и анализ обобщава 15 важни категории и параметри, за които са необходими препоръки – цел на фармакоикономическата оценка, перспектива, времеви хоризонт, целева пациентска популация, вид на фармакоикономически анализ, източник на данни за терапевтични ползи, идентифициране и измерване на разходи и ползи, дисконтиране, моделиране, докладване на резултати, анализ на чувствителност, трансфер и адаптиране на данни и методи за измерване на качество на живот и анализ на бюджетно въздействие.

**С**

**Препоръчва се нормативно въвеждане на добри практики и насоки към фармацевтичната индустрия за представяне и докладване на фармакоикономически оценки, базирани на 15 категории и параметри: цел на фармакоикономическа оценка, перспектива, времеви хоризонт, целева пациентска популация, вид на фармакоикономически анализ, източник на данни за терапевтични ползи, идентифициране и измерване на разходи и ползи, дисконтиране, моделиране, докладване на резултати, анализ на чувствителност, трансфер и адаптиране на данни и методи за измерване на качеството на живот и анализ на бюджетното въздействие.**



**D** Препоръчва се създаване на национална програма за организация и финансиране на специализирано хранене при онкологични пациенти.



- *Формализираните насоки относно ключови параметри на фармакоикономическите оценки допринасят за прозрачност и обективност на решенията за ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти.*
- *Оптимално специализирано хранене при онкологични пациенти може да се провежда в специализирани центрове.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Drummond M., B. O' Brien, G. Stoddart et G. Torrance. *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press, 1997
2. Sackett, D. *Evaluation of health services*. *NEJM* 1980; 296: 732-737
3. Baal P, D. Meltzer, W. Brouwer. *Pharmacoeconomic guidelines should prescribe inclusion of indirect medical costs*. *Pharmacoeconomics* 2013; 31 (5): 369-374
4. Bae S, S. Lee, E. Bae, S. Jang. *Korean guidelines for pharmacoeconomic evaluation consensus and compromise*. *Pharmacoeconomics* 2013; 31 (4): 257-268
5. Bobinac A, et al. *Valuing QALY gains by applying a societal perspective*. *Health Economics* 2013; 22: 1272-1281
6. Rennie D, H. Luft. *Pharmacoeconomics analyses: making them transparent, making them credible*. *JAMA* 2000; 283 (16): 2158-2160
7. Drummond M, A. Manca, M. Sculpher. *Increasing the generalizability of economic evaluations: recommendations for the desing, analysis, and reporting of studies*. *Int J Technol Assess Health Care* 2005; 21 (2): 165-171
8. Chirikos TN, Russell-Jacobs A, Cantor AB. *Indirect economic effects of longterm breast cancer survival*. *Cancer Pract* 2002; 10: 248-255
9. Cutler D. *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Health Care System*. New York: Oxford University Press; 2004
10. Pauden M. *Some problems with the UK Treasury's discount rate*, Theta Working Paper 2, March 2010
11. Веков Т, Салчев П, и съавт. *Сравнителни оценки на клиничната ефикасност и рзходна ефективност на целевите онкологични терапии*. *Българско списание за обществено здраве* 2015; 7 (1): 22-28



## 4 Поддържащи грижи



#### 4.1. ГРИЖИ ПРИ ПРЕДСТОЯЩА СМЪРТ

Елена Атанасова

**Планиране на грижи в авансирал стадий (ПГАС).** Това е процес на обмисляне и комуникация за ценностите и желанията на индивида по отношение на бъдещи здравни въпроси и лични предпочитания, свързани с медицински грижи при загуба на способност за даване на съгласие или отказ от лечение или други грижи.<sup>1</sup> Основава се на приоритети, убеждения и ценности на индивида. Той трябва да отдели време за запознаване с услугите и възможностите за грижи в края на живота, преди поява на медицинска криза. Когато пациентът не може да изрази желанията си по време на такава криза, професионалните изпълнители на медицински грижи (лекуващ лекар, други здравни работници) и/или други хора (членове на семейството, съпруг(а)) са принудени да вземат решения, които може да не съвпадат с желанията му. Резултатът от ПГАС трябва да се запише в изходен документ или друго комуникационно средство. Това може да се обсъди с близки и приятели, с упълномощено лице за вземане на решения (лице, представител на пациента, когато той не може да изрази желанията си) и с професионални изпълнители на медицински грижи (лекуващ лекар, други здравни работници). Обсъждането на плана зависи от много фактори, като културна принадлежност, религия, законова рамка, ниво на образование, личностен тип, възраст, личен опит с

жизненоважни събития и статус на болестта. В западните общества епидемиологичните изследвания показват, че решенията за края на живота се обсъждат с онкологични пациенти в 40-80 % от случаите.<sup>2,3</sup>

Различни теми могат да бъдат цел на ПГАС – от лечение (кардиопулмонална ресусцитация, КПР) и медицински интервенции (напр. хранене със сонда) в специфични ситуации (внезапна смърт, злополуки, хронични болести) до решения за края на живота, като започване или прекратяване на лечение, контрол на симптоми с палиативна седация или медицински подпомогнато прекратяване на живота (напр. самоубийство, подпомогнато от лекар, евтаназия). В онкологията много пациенти имат дълга траектория на болестта, по време на която могат да възникнат събития, засягащи всички тези теми. Въпросите, свързани с края на живота, трябва да се обсъждат с пациента, за да се установи какво той иска да се случи в определена ситуация.

*Нареждания „да не се реанимира“ и „да се позволи настъпване на естествена смърт“ според стандартите на NCCN.* “Да не се реанимира” (DNR) е нареждане със законна сила, вписано в медицинския картон на пациента или в юридически формуляр, предназначен да осигури уважение на желанието на пациента да не му бъде извършвана КПР или интензивна терапия за поддържане на сърдечна дейност, ако сърцето или дишането му спрат. Друг термин е „да се позволи настъпване на естествена смърт“ (AND), който е насочен по-скоро към това, което трябва да се направи, отколкото към действия, които трябва да се избягват.<sup>4</sup> При лечение на много по-авансирал тумор AND е предпочитан термин, тъй като представя палиация, а не КПР, като стандартен избор. Искането се отправя от пациента и позволява на медицинския екип да се съобрази с желанията му. Искането за DNR или AND не се отразява на други терапии, освен на

тези, които изискват интубиране или КПП, и не предотвратява достъпа до необходимо лечение, като химиотерапия, хирургична намеса, антибиотици и поддържащи грижи. В България, този процес е уреден, чрез *Декларация за информирано съгласие № 1в. Предварително решение* е писмен документ, който показва какво желае или не желае лицето, ако в бъдеще не може да изразява своите желания относно здравните грижи и лечението. В него пациентът посочва човек, който ще взема решения за здравето му, ако той не може да ги вземе или да съобщи своите собствени желания; този човек може да е член от семейството или приятел, не е нужно да е адвокат. Определеният човек трябва да следва желанията на пациента, ако те са известни; ако те не са известни, този човек трябва да взема решения, основаващи се на това какво мисли, че би желал пациентът.

*Медицинско лечение.* Определя се като въвеждане или прилагане на лечебни средства на пациент за болест или нараняване. Преди започване на медицинско лечение трябва да се осигури информирано съгласие от пациента или упълномощеното лице за вземане на решения, законно посочено да го представлява. Здравният специалист не може да бъде принуден да започне медицинско лечение, което се смята за безполезно. Преустановяването на медицинско лечение може да бъде по-трудно от започването му. Възможността за спиране на лечение трябва да се обсъди предварително, когато се получава информирано съгласие за започване на лечение. В този момент може да се обясни на пациента, че лечението ще бъде спряно, ако престане да бъде от полза за него. Ако се започне лечение и се прецени, че вече е неефективно, като цяло то може да се преустанови, освен ако няма специфични законови пречки за това (каквито има в някои държави). Въпреки че обикновено не се изисква информирано съгласие, решението трябва да се обсъди с пациента и/или семейството му. За предпочитане е да се

постигне съгласие; в ситуация, в която има несъгласие за ефикасност и полезност на лечението между персонал и пациент и/или заместник за вземане на решения, може да се наложи посредничество.

*Овластяване на симптоми.* Симптомите могат да бъдат контролирани с терапии, насочени към болестта, и/или мерки от областта на поддържащи или палиативни грижи. Ако лечението, насочено към болестта, се смята за безполезно, мерките за контрол на симптоми трябва да се продължат и, ако е необходимо, да се засилят. Ако даден симптом стане рефрактерен към мерките за овладяване, възможен вариант е палиативната седация<sup>5</sup>, която предварително трябва да се обсъди с пациента.

*Решения за край на живота.* В някои страни са разрешени от закона други решения в края на живота (напр. самоубийство, подпомогнато от лекар, или евтаназия), ако са изпълнени определени условия. Тези решения трябва да се разгледат подробно в съответната законова рамка и да се обсъдят предварително с пациента.

*Организация на ПГАС.* За ПГАС се изисква пациентът да може да вземе информирано решение за предоставяне, непредоставяне или преустановяване на конкретно медицинско лечение. Той трябва да може да запише желанията си за ПГАС под форма на документ. Ако пациентът не може да пише, друг може да състави документа в присъствие на независим свидетел и лекуващ лекар; на този документ трябва да бъде отбелязана дата и да бъде подписан от свидетел и лекар. В България, административно и правно, този документ представлява *Декларация за информирано съгласие № 1в: „Предварително решение. Дълготрайно пълномощно за здравни грижи, воля за живот и други желания“*, клинична пътека № 297 – *Палиативни грижи при терминално онкологично*

*болни.* При повдигане на тема за ПГАС обсъждането изисква установяване на подходяща среда за дискусия: осигуряване на частна стая, достатъчно време за обсъждане, а при желание на пациента – присъствие на семейството и/или упълномощеното лице за вземане на решения, законно посочено да го представява. Пациентът и близките трябва да бъдат попитани как разбират актуалното положение и лекарят трябва да се опита да разбере какви очаквания имат във връзка с болестта и резултата от лечението. Начинът, по който пациентите подхождат към темата, зависи от т.нар. копинг-стил (начин за справяне), който може да варира от наблюдаване (искат да знаят всичко по всяка тема) до притъпяване (не искат да приемат ситуацията). Копинг-стиловете трябва да се вземат под внимание при обсъждане на плановете за ПГАС. Планирането обаче трябва да се обсъди възможно най-рано при пациенти с животозастрашаващи болести. Ако пациентът повдигне темата за ПГАС по време на разговор, тя трябва да се отнесе към изпълнителя на професионални здравни услуги. Друг момент за темата на ПГАС е, когато ситуацията на пациента се влоши и/или ако се налага промяна на терапевтична стратегия. При обсъждане на ПГАС пациентите, семействата и упълномощените лица за вземане на решения изпитват много силни емоции; възможно е да се наложи лекарят и други членове на медицинския екип (напр. психолог) да им окажат емоционална подкрепа; емоциите трябва да се посрещат със съчувствие. Когато пациентът изрази желание да започне ПГАС, трябва да му се осигури подкрепа за улесняване на процеса и трябва да получава информация за темите, които могат да се планират.

**Документиране на ПГАС.** Ако пациентът е съставил ПГАС (*Декларация за информирано съгласие № 1в*), това трябва да се отбележи в картоната на пациента и е неразделна част от *История на заболяването (ИЗ)*. Ако пациентът е правоспособен и има нормално ниво на съзнание, той може да изрази волята си за лечение и грижи; ако не е

правоспособен поради проблеми в нивото на съзнание, може да се използва писмено „волеизявление“, по което да се водят клиничните решения. Могат да се съставят два вида волеизявление: (1) положително волеизявление, в което индивидът изразява желание да бъде извършена дадена интервенция (напр. симптоматична терапия, искане за оттегляне на животоподдържащи мерки в определени ситуации, започване на процедура за евтаназия); те изразяват желанието на пациента, но изпълнителят на здравни услуги не е правно задължен да осъществи исканията; (2) отрицателно волеизявление, в което индивидът отказва определена интервенция (напр. КПП, изкуствена белодробна вентилация, изкуствено хранене или изкуствено хидратиране); този документ е законово обвързващ за изпълнителя на здравни услуги, тъй като пациентът отказва да даде съгласието си за определени процедури. Изпълнителят на здравни услуги не е задължен да търси отрицателно волеизявление и в спешен случай може да извърши КПП. В случаи, когато се взема решение за AND/DNR, трябва да се състави документ; в някои случаи на AND/DNR се дават различни кодове (0–3), но те представляват просто изрази на волеизявление или медицински решения. Всички документи трябва да се предоставят за консултация на други здравни специалисти, ако лекуващият лекар не е налице (напр. електронно здравно досие).

**Актуализиране на ПГАС.** Стратегията за ПГАС е динамичен процес, трябва редовно да се преразглежда и към плана могат да се добавят нови условия, особено с напредването на болестта. Това трябва да се отбележи в картоната на пациента.

**Структури за ПГАС.** Пациентът получава медицински грижи в организационна структура (болница, друго здравно заведение, вкъщи) и трябва да се осигури достъп до документите за ПГАС, за да могат да се разглеждат в случаи, когато обичайните здрав-

ни работници не са налице (на празници, когато не са на смяна). Различните процеси за осигуряване на достъп до документите за ПГАС трябва редовно да се оценяват и, ако е необходимо, да се приспособяват за постигане на по-добри резултати.

**Етични съображения при ПГАС.** Планирането се различава значително при хора от различни етноси и при обсъждането му трябва да се вземат предвид културни фактори. Лекарите нямат етично задължение да предоставят лечения, с които, съгласно най-добрата им професионална оценка, няма приемлива вероятност да повлияят положително на пациента. Също така, когато по-нататъшните опити за удължаване на живота станат безполезни, лекарите са задължени да изместят целта на грижите към осигуряване на комфорт и приемане на смъртта.<sup>6</sup> В случай на несигурност за валидността на ПГАС може да се наложи да се поиска съвет от комисията по медицинска етика на здравното заведение.

**Грижи за умиращ пациент.** За пациент, намиращ се непосредствено преди смърт, може да се използва комплект разпоредения за грижи в края на живота, който може да съдържа физически, психосоциални и практически интервенции.<sup>7</sup> Физическите интервенции включват: (1) усилване на мерки за осигуряване на комфорт; (2) въвеждане на протокол за кожна безопасност според оценката на риска, включително използване на матрак и редовна смяна на позицията на тялото, овлажняване на кожата, преоценка на лечението за декубитални рани и прилагане на медикаментозно лечение при необходимост; (3) поддържане на устна хигиена; (4) деактивиране на имплантирани дефибрилатор и пейсмейкър; (5) преустановяване на ненужни диагностични тестове и интервенции, като трансфузии, убощдания с игли, следене на кръвна захар, на кислородна сатурация и аспирация; (6) замяна на проверка на жизнени показатели с редовни (напр. на всеки

4 часа) оценки на контрол на симптоми; (7) смяна на пътя на въвеждане, когато вече не може да се използва перорален; (8) коригиране на дози на прилагани лекарства за максимален комфорт на пациента; (9) лечение на терминални респираторни секрети (предсмъртно хъркане) чрез промяна на позицията на тялото и намаляване на парентерално и ентерално доставяни течности; (10) лечение на апнея с корекция на лекарствена доза; (11) лечение на рефрактерно неспокойствие и агитация с палиативна седация; (12) подготовка за посрещане на молба за даряване на органи и аутопсия. Психосоциалните интервенции включват: (1) оказване на подкрепа на пациента и семейството да приемат преустановяване на парентерално хранене и трансфузии, диализа, интравенозна хидратация и лекарства, които не допринасят за комфорт на пациента; (2) консултиране със социален работник и духовник; (3) осигуряване на пациента и семейството му време, което да прекарат заедно, без да бъдат прекъсвани; (4) установяване, че пациентът и семейството разбират признаците и симптомите на настъпващата смърт и че им се оказва необходимата подкрепа по време на целия процес на умирање; (5) предлагане на предварителна подкрепа за справяне със загубата; (6) осигуряване на подкрепа за деца и внуци; (7) насърчаване на посещения на децата, ако това е в съответствие с ценностите на семейството; (8) подкрепяне на ритуали, важни от културелна гледна точка; (9) установяване, че обгрижващите лица разбират и ще се съобразяват с насоките за ПГАС; (10) съдействие за постигане на примирение със смъртта. Практическите интервенции включват: (1) мобилизиране на болнични политики и процедури за грижи в края на живота; (2) установяване, че разпореденията на пациента за ПГАС са документирани и се прилагат; (3) препоръчване на документирани и следване на желанията на пациента за реанимация и/или желание да не се извършва реанимация (DNR); (4) ако пациентът/семейството му нямат документирано разпореджане DNR – увеличаване на образова-



телните мерки и консултиране за важността на DNR или AND; (5) осигуряване на лично пространство за пациента и семейството; ако не е у дома, осигуряване на единична стая, ако е възможно; (6) способстване да има денонощно близки при пациента; (7) спазване на почтително разстояние и осигуряване на време, което пациентът и семейството да прекарат заедно, без да бъдат прекъсвани; (8) съдействие за планиране на погребение. Палиативната седация включва: (1) да се потвърди, че пациентът има рефрактерни симптоми и се намира непосредствено преди смърт; рефрактерни са симптоми, които не могат да бъдат овладени в задоволителна степен, въпреки използване на агресивни, компетентни палиативни грижи, непонижаващи съзнанието, а понятието „непосредствено преди смърт“ е прогноза от часове до дни, потвърдена от двама лекари; (2) получаване на информирано съгласие за седация от пациента и/или упълномощеното лице за вземане на решения; (3) обсъждане на състоянието на болестта, целите на лечението, прогноза-та и очакваните изходи от лечението с пациента и/или упълномощено лице за вземане на решения; (4) да се обясни, че седацията е продължително прилагане на лекарства, от

които пациентът ще изпадне в безсъзнание; (5) да се прегледа етичната обосновааност на седацията за пациента/заместника/семейството и членовете на медицинския екип; може да се потърси консултант по етика според разпоредбите на здравното заведение и държавните нормативни разпоредби; (6) да се обясни, че съгласието за седация трябва да бъде придружено от съгласие за: (i) преустановяване на животоудължаващи терапии и (ii) отказ от КПП; (7) здравни специалисти, които не могат да приложат седация поради лични или професионални ценности и вярвания, трябва да могат да бъдат заменени, стига грижите да могат да се прехвърлят на друг здравен специалист, без да бъдат накърнени; (8) избор на подходящ план за седативна терапия, основан на анамнеза за повлияване от приемани медикаменти. Типични седативи, използвани в парентерални вливания за палиативна седация, са: (1) *thiopental* – първоначална скорост на вливане – 20-80 mg/h, граници – 160-144 mg/h; (2) *pentobarbital* – натоварваща доза – 2-3 mg/kg, след това – 1-2 mg/kg/h; (3) *midazolam* – първоначална скорост на вливане – 0.4-0.8 mg/h, граници – 20-102 mg/h.

**С**

- При предстояща смърт на онкологичен пациент се препоръчва планиране на грижи в авансирал стадий, които се документират.
- В планирането на грижи в авансирал стадий се препоръчва включване на положителни и отрицателни волеизявления след обсъждане с пациента или с упълномощено лице за вземане на решения, законно посочено да го представлява и съобразено със съществуващото законодателство.
- При онкологични пациенти, намиращи се непосредствено преди смърт, се препоръчва организиране и провеждане на комплекс от грижи, съдържащ физически, духовни, психосоциални и практически интервенции.
- При онкологични пациенти, намиращи се непосредствено преди смърт, се препоръчва обсъждане на палиативна седация с бензодиазепини и/или опиати.



- Провежданите мероприятия, свързани с онкологична смърт, трябва да бъдат съобразени с българското законодателство.
- Необходимо е изработване на нормативна уредба за поведение при предстояща онкологична смърт.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Definition of advance care planning (18 July 2014, date last accessed). Available at: [www.advance-careplanning.ca/aboutadvance-care-planning.aspx](http://www.advance-careplanning.ca/aboutadvance-care-planning.aspx)
2. Mack JW, Cronin A, Taback N et al. End-of-life care discussions among patients with advanced cancer: a cohort study. *Ann Intern Med* 2012; 156: 204-210
3. Lopez-Acevedo M, Havrilesky LJ, Broadwater G et al. Timing of end-of-life care discussion with performance on end-of-life quality indicators in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2013; 130: 156-161
4. Venneman SS, Narnor-Harris P, Perish M, Hamilton M. 'Allow natural death' versus 'do not resuscitate': three words that can change a life. *J Med Ethics* 2008; 34: 2-6
5. Cherny NI. Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol* 2014; 25 (Suppl 3): 143-152
6. American Medical Association. AMA Policy on End-of-Life Care 18 July 2014, date last accessed. Available at: [www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/](http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/)
7. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative care, v.1.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)

#### 4.2. ПОВЕДЕНИЕ ПРИ МОЛБА ЗА ПО-СКОРОШНА СМЪРТ

*Мария Иванова, Екатерина Виткова*

Терминът *евтаназия* (euthanasia) произхожда от гръцки и буквално означава лека, приятна смърт. Дефинира се като предумишлено действие, предприето от едно лице с намерение за прекратяване на живота на друго лице с цел облекчаване на страданията му, което действие е причина за смърт.<sup>1-8</sup> В зависимост от съвместимостта или несъвместимостта на действието с желанията и компетентността на лицето има доброволна евтаназия (действието е съобразено с желанието на пациента, който е напълно компетентен да вземе решение за прекратяване на живота си) и недоброволна евтаназия (липсва изразено желание или компетентно решение от страна на пациента за прекратяване на живота; някой друг, близък или лекар, взема решение да сложи край на страданията му). В зависимост от характера на предприеманото действие евтаназията е активна (пряка) (смъртта на болния е резултат от активно действие, напр. смъртоносна инжекция, смъртоносна доза таблетки и др.) и пасивна (непряка) (смъртта е резултат от бездействие, непредприемане на лечение от страна на медицинския екип). Асистирано самоубийство е вариант на евтаназия и представлява преднамерено самоубийство с помощта на друго лице, което умишлено и съзнателно предоставя необходима информация и средства за извършване на такова действие. В много страни активната евтаназия и асистираното самоубийство са наказуеми действия. Реално в клиничната практика има не малко случаи на пасивна евтаназия. Легално разрешена евтаназия има в малко страни. В щата Орегон, САЩ, евтаназията е разрешена според Акт за смърт с достойнство. В северните територии на Австралия евтаназията е била законно разрешена от 1995 г., но две години по-късно отново е забранена. Най-либерално отношение към евтаназията в Европа има в Холандия; от 1993 г. активната евтаназия е официал-

но разрешена, но извършването ѝ трябва да отговаря на строго регламентирани правила, които защитават лекаря от съдебно преследване и предпазват от безотговорно отношение: (1) пациентът да е в терминално състояние, с непоносимо страдание, без надежда за облекчение; (2) да е изразил доброволно и неколккратно през разумно определен период от време желанието си за умирање; това изискване защитава пациента от моментно решение, направено под влияние на силна болка или депресия, което той не би взел при други обстоятелства; (3) болният трябва да е в състояние на добра компетентност, т.е. да разбира добре значението на това, което желае; (4) изисква се консултация на лекаря и с друг лекар, който не е свързан със случая; (5) необходимо е и съгласие на роднините на пациента след внимателно обсъждане; (6) всеки случай на активна евтаназия трябва да е добре документиран писмено и да се докладва пред районния съдебен лекар, който, от своя страна, уведомява прокурора; при спазване на посочените условия съдът се произнася в специална бърза процедура, след което се извършва евтаназия. Най-често използван метод е приспиване с голяма доза венозен анестетик с последващо инжектиране на свръхдоза мускулен релаксант (*curare* или *pancuronium*). В България евтаназията се квалифицира като предумишлено убийство или подпомагане на самоубийство от Наказателно процесуалния кодекс.

**За и против евтаназия и асистирано самоубийство.** В исторически аспект се наблюдава еволюция на общественото мнение – от категоричното отричане към по-широко възприемане на евтаназията. Аргументи *за* са: (1) правото на пациента да декларира предварително желание за прекратяване на поддържащото лечение няма принципино различие с евтаназията и асистираното самоубийство; (2) фундаментален етичен принцип в медицината *уважение към автономността* налага да се приеме решението на болния за време и начин на неговата смърт; (3) полза за терминално болните чрез

прекръпяване на страданията им. Аргументите *против* са многобройни, но най-силни са следните: (1) активната евтаназия е несъвместима с хуманността на медицината; (2) няма гаранции, че тя ще бъде ограничена само към лица, които я желаят доброволно; (3) допускането на евтаназия фактически сменя от лекаря отговорността за живота на болния; (4) сменя отговорността на обществото да се грижи за тежко болни и умиращи; (5) възможни са грешки в диагноза и прогноза на болестта.

**Действия при искане за ускорена смърт.** Съставът за палиативни грижи на NCCN счита, че най-подходящо действие при молба за подпомагане на самоубийство е да се усилят палиативните грижи.<sup>11, 12</sup> Всички пациенти, които са отправили такова искане, трябва да се насочат към специалист по палиативни грижи. Въпреки това, оценяването на искането за подпомогнато от лекар самоубийство е важно умение, дори за медицински лица, които смятат, че тази практика е морално неприемлива във всички случаи. Молбата за ускорена смърт често има важни значения, които трябва да бъдат изследвани. Изясняването на тези значения понякога може да разшири набора от полезни терапевтични варианти, вместо да доведе до предписване на медикамент за умъртвяване. Трябва да се говори за молбата по недвусмислен начин и ако пациентът използва евфемизми за *смърт* или говори за нея без да я назовава, помолете за пояснение. Не трябва да се приема за даденост, че желанието за скорошна смърт е желание на пациента да му бъде предписан медикамент за умъртвяване, а трябва сигурно уверение, че става въпрос за това. Трябва да се различа желанието на пациента да не живее в текущото си състояние от желанието за ускорена смърт, включително евтаназия и подпомогнато от лекар самоубийство. Необходимо е да се проучи какви са причините за молбата за ускорена смърт и да се намери отговор на въпроса: *Защо сега*. Лекарят трябва да прецени контрола на симптомите, психологическите/психиатричните про-

блеми, особено депресия, тревожност, скръб, психоза и делир. Трябва да разпита пациента за отношенията му със семейството и с други важни хора, за личните му ценности и възгледи относно духовното/екзистенциалното страдание. Необходимо е оценка за страхове, че е в тежест на болногледачите си, и страхове, свързани с изоставяне, и трябва отново да му се подчертае, че лекарят е трайно ангажиран с пациента. Трябва да се информира пациентът за естественото развитие на болестта и да му се обясни процеса на смърт. Трябва да се говори за ролята на медицинските обгрижващи лица, включително в хоспис, ако е подходящо. Необходимо е да се обсъдят алтернативи на подпомогнато самоубийство, например прекръпяване употреба на животоподдържащи мерки, доброволно спиране на хранене и прием на течности и/или седация за рефрактерни симптоми. Трябва да се поиска консултация със специалист по психично здраве за диагностициране и лечение на обратими причини за психологическо страдание. Лекарят трябва да е запознат с местните законови разпоредби за ускорено страдание. Някои пациенти не са наясно със законовите и етическите разграничения: преустановяване на лечение и агресивни терапии за симптоми, като болка, не са подпомогнато самоубийство. Медицинското лице трябва да изследва собствената си реакция на молбата на конкретния пациент; исканията за ускорена смърт могат да принудят здравните специалисти да се сблъскат със собствените си лични, професионални, морални и законови отговорности, а работата с конкретен пациент понякога значително се различава от мисленето за проблема в абстрактна ситуация. Трябва да се обсъди и консултация с комисия по етика, учреждение за палиативни услуги или опитен колега; тези случаи обикновено са сложни и често е полезно да се съберат множество перспективи за тях. Най-съществено е изясняването на плана за грижи: исканията за ускорена смърт трябва да дадат начало на продължаващ разговор и активни опити за облекчава-

не на физическо, психологическо и духовно страдание. Необходимо е да се продължава прилагане на лекарства за контрол на симптоми. Обяснете на пациента и близките му, че съгласието за седация трябва да бъде придружено от съгласие за преустановяване на животоудължаващи терапии и отказ от кардиопулмонална ресусцитация. Здравни специалисти, които не могат да приложат седация поради лични или професионални ценности и вярвания, трябва да бъдат преназначени, стига грижите за пациента да могат се прехвърлят на друг здравен специалист, без да бъдат накърнени. Трябва да се направи подходящ план за седативна терапия, основан на повлияването на пациента от приеманите понастоящем медикаменти, без да се прекъсва прилаганите интервенции за контрол на болка и други симптоми. Редовно трябва да се следят симптомите на пациента и да се титрират седативите и другите лекарства според повлияването и лекарствените взаимодействия с цел поддържане на ниво на седация, което облекчава рефрактерните симптоми. Задължително е осигуряване на непрекъсната психосоциална и духовна подкрепа за заместника, близките на пациента и здравните специалисти.

**Палиативна седация.** Когато пациент с авансирала болест е изложен на риск от нетърпимо страдание, лекарят трябва да спомене възможността за палиативна седация преди пациентът да достигне кризисно положение. Обсъждането на тази възможност трябва да включва обзор на цели, ползи и рискове от палиативна седация, както и алтернативи на прилагане.<sup>8, 11</sup> Ако пациентът разреши, предпочита се тази дискусия да се проведе с участието на важни членове на семейството. За пациенти, които са в дистрес, но все още комуникативни и в пълно съзнание, обсъждането на палиативна седация трябва да бъде част от по-общ разговор, включващ и следните теми: (1) общо състояние и причини за дистрес; (2) признаване, че предходните терапии са неуспешни; (3) актуална прогноза, включително за преживяемост; (4) обосновка, цели и

налични методи за прилагане на палиативна седация, включително дълбочина на планирана седация, наблюдение на пациента и възможност за планирано оттегляне или прекратяване на седацията; (5) алтернативни възможности, вероятност да облекчат дистреса и прогнозна преживяемост; (6) очаквани последствия от седация, включително степен на понижаване на съзнанието и предвиждани последствия за умствена дейност, комуникация и орален прием; (7) потенциални рискове, като парадоксална тревожност, забавено или недостатъчно облекчение и възможност за ускоряване на настъпване на смърт (от аспирация или твърде висока степен на седация). Някои пациенти с основание се тревожат, че твърде откровената диагностична/прогностична информация или тежестта, че трябва да вземат решения, могат да им навредят; за да защитят интересите си, както те ги разбират, може да поискат някои въпроси да останат неспоменати, неразкрити или несигурни. Зачитането на този тип искане се нарича *доброволно ограничена автономност*. Това желание често е придружено от искане за ръководен подход към вземането на решенията от страна на лекар или за прехвърляне на отговорността за вземане на решенията към друг човек, често член на семейството, религиозен водач или лекуващ лекар. Пациент, който избира да не получи цялата съответна информация, не може да даде информирано съгласие за лечение и обичайният подход за подписване на формуляр за информирано съгласие е неподходящ. В такава ситуация формулярът за съгласие трябва да включва декларация, че пациентът възлага вземането на информирано решение на избрано от него лице, което е изчерпателно информирано за вероятност от благоприятно повлияване, възможни рискове от вреда и тежест и алтернативни терапевтични възможности. При прехвърляне на задължението за вземане на информирани решения е целесъобразно избраното лице да потвърди, че процесът е основан на пълно разкриване на възможни ползи, рискове и алтернатив-

ни възможности. При умиращи индивиди може да няма възможност за получаване на съгласие от пациента или негов здравен представител; ако липсват насоки за грижи в авансирал стадий, мерките за осигуряване на комфорт (включително седация) следва да се смятат за обичайна практика и стандартна стратегия за медицинския специалист при вземане на терапевтични решения.

**Приложение.** Седация за контрол на рефрактерни симптоми обикновено се осъществява в болнична среда. Въпреки това съществува значителен опит в домашна среда, която може да бъде удачна алтернатива. Прилагането на избрания медикамент изисква начално титриране на дозата, последвано от продължаваща терапия. Нивото на седация трябва да е минималното, необходимо за постигане на задоволително облекчение на страданието. Редовно денонощно приложение може да се поддържа чрез продължителна инфузия или периодични болус инжекции. Във всички случаи се препоръчва спешна терапия с болус за овладяване на обострянанията. Ако ниската степен на седация няма ефект, трябва да се премине към по-дълбоки нива. Дозите могат да се титрират до възстановяване на яснотата на съзнанието, ако пациентът е изявил желание за това преди седацията. Той обаче трябва да бъде осведомен преди започване на палиативна седация, че е възможно съзнанието да не бъде възстановено, че симптомите могат да се появят отново и че може междувременно да настъпи смърт. След като се постигне облекчение в задоволителна степен, параметрите на наблюдение на пациента и ролята на продължаващо титриране на дозата се определят от клиничната ситуация. При близка смърт не се извършва рутинно проследяване на жизнени показатели (пулс, артериално налягане и телесна температура); единствени критични параметри за наблюдение са свързаните с комфорта. Низходящо титриране на дози излага пациента на риск от повторен дистрес и затова не се препоръчва. Дихателната честота се проследява, за да

се потвърди отсъствие на респираторен дистрес и тахипнея. Ако пациентът не е близо до смъртта може да се предприеме наблюдение с цел съхраняване на физиологична стабилност, особено в случаи, при които седацията се прилага като терапия за временно облекчение. Това може да включва повторна оценка на ниво на седация и рутинни физиологични параметри като сърдечна честота, артериално налягане и кислородна сатурация. Ако се появи животозастрашаваща обнубилация с респираторна депресия, може да се наложи прилагане на по-ниска терапевтична доза. Ако състоянието на пациента стане по-нестабилно, може да е уместно внимателно да се приложи бензодиазепинов антагонист (*flumazenil*).

**Палиативна седация и “бавна евтаназия”.** Палиативната седация е различна от “бавна евтаназия”. Доброволната евтаназия е преднамерено прекратяване на живота на пациента чрез активна намеса по негово искане. За разлика от нея, палиативната седация се използва за рефрактерно страдание и целта на интервенцията е облекчаване на симптомите, а не прекратяване на живота. Интервенцията е съизмерима с основния симптом и неговата тежест, както и с основните цели на медицинските грижи. За разлика от евтаназията, критерият, по който се измерва успехът на лечението, не е смърт на пациента. Някои автори приемат, че палиативната седация изисква едновременно преустановяване на хранене и хидратация, почти със сигурност ускорява смъртта и на практика не се различава от „бавната евтаназия”. Преустановяването на хидратация и хранене обаче не е съществен елемент от прилагането на седация за овладяване на рефрактерни симптоми.

**Самоубийство и тумор.** Самоубийството е разпространено и нараства сред онкологични пациентите в сравнение с обикновено население. По-вероятно е самоубийство в напред-

нали стадии, когато депресията, безнадеждността и наличието на слабо контролирани симптоми (особено болка) се засилват. Фактори, които предричат отреагиране на суицидни мисли, са близки до тези, които предсказват депресия, и трябва да бъдат открити, когато се прави оценка за суициден риск. Оценката на пациент със суицидни представи трябва да дообясни природата на суицидните мисли (пасивна или активна) с анамнеза за психични проблеми, семейна анамнеза за депресивно разстройство или самоубийство, съществуващи симптоми, които пациентът чувства слабо контролирани. Не е възможно да се разглеждат суицидни мисли и конкретни постъпки без да се вземе предвид стадият на

болестта и прогнозата ѝ. Интензивността на суицидни мисли е по-голяма сред пациенти, свидетели на болезнена смърт на роднина. Важно е лекарят да се вслуша в тези страхове и безпокойства и дори да отговаря на въпросите за това какво представлява смъртоносна доза успокоителни. В изследване, направено във Финландия през 1987 г., 4.3 % от всички самоубийства са извършени при онкологична болест; половината от пациентите са в ремисия, но страдат от ранни сериозни психични проблеми, особено злоупотреба с различни вещества. Пациенти в терминални стадии са твърде слаби, за да извършат суициден акт, и молят за евтаназия чрез смъртоносна инжекция, поставена от лекар.

**C**

- При онкологични пациенти в терминален стадий се препоръчва създаване на насоки и алгоритми за палиативна седация с цел контрол на рефрактерни физически симптоми в края на живота.
- При молба за ускорена смърт от онкологични пациенти в терминален стадий се препоръчва усилване и оптимизиране на палиативните грижи и контрол на туморния дистрес.
- При онкологични пациенти в терминален стадий се препоръчва обсъждане за палиативна седация и провеждане на предварителна дискусия за потенциалната роля на седацията в грижите в края на живота и планиране за неочаквани случаи, преди пациентът да достигне кризисно положение.
- Препоръчва се описване на показанията, при които може или трябва да се обмисли прилагане на палиативна седация, както и необходимите процедури по оценяване и консултиране.
- Препоръчва се обсъждане на процеса за вземане на решение за палиативна седация с близките на пациента, даване на указания за избор на метод за седация, наблюдение на пациента, оказване на грижи и предоставяне на нужната информация.

**D**

- При грижи за пациент непосредствено преди смърт се препоръчва да се вземат предвид психосоциални аспекти, лични и семейни цели, предпочитания, култура и религиозни вярвания.

**D**

- Препоръчва се консултиране със специалист по палиативни грижи, психолог, социален работник и духовник за посрещане на социални и духовни нужди, заедно с открита комуникация между пациент, близки и здравен екип във връзка с психологическите страни на процеса на умиране и важността на нарежданията за грижи в напреднал стадий.
- Препоръчва се предварителна терапия за очаквана скръб, за да се помогне на близките и/или болногледача/ите да приемат загубата.
- За пациенти, които се намират в последните часове от живота си, се препоръчва да се осигури време да останат насаме с близките си, без прекъсвания.



- *В България евтаназията се квалифицира от Наказателно процесуалния кодекс като предумишлено убийство или подпомагане на самоубийство.*
- *Палиативната седация намира своето етично оправдание в доктрината на двойния ефект, което означава, че потенциалната вреда (възможна респираторна депресия), която може да се появи като страничен ефект от ползата (облекчаване на непоносимо страдание), е оправдана и не съкращава живота.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Въведение в палиативните грижи. София, 1996
2. Гнездилов, АВ. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Издателство *Речь*, 2002
3. Кръстева, Н. Палиативни грижи, Пловдив, 2005
4. Маринова, П. Палиативни грижи, София, 2007. Издателство *Български писател*.
5. Николкова, С., П. Маринов. Психиатрия, психология и психотерапия. София, 2007
6. Палиативни грижи. Фондация отворено общество, София
7. Саймонтон К., Саймонтон Ст. Психотерапия рака. СПб: Питер, 2001
8. Cherny NI. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol* 2014; 25 (Supl. 5) : ii143-ii152
9. Smith TJ, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The Integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012; Available at: [www.jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2011.38.5161](http://www.jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2011.38.5161)
10. Schrijvers D, et al. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Ann Oncol* 2014; 25 (Suppl. 3): iii138-iii142
11. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative care, v.1.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
12. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)



**4.3. ПОДКРЕПА СЛЕД ОНКОЛОГИЧНА СМЪРТ***Мария Иванова, Екатерина Виткова*

Грижите за пациенти с онкологични болести в края на живота им могат да бъдат трудни и тежки. Свързаните с тях задължения включват комплексни физически и медицински дейности, управление на финанси, защита на интереси, вземане на решения, емоционална подкрепа и координация на лечението.<sup>1</sup> Проучванията показват, че тази дейност може да има отрицателни последици върху здравето на болногледача, като преумора, проблеми със съня, депресия, тревога, изтощение и повишен риск от смърт.<sup>2,3</sup> Семейните болногледачи на пациенти, получаващи палиативни грижи в терминален стадий, трябва да се справят не само с работата по обгрижването на пациента, но и със загубата и скръбта, свързани с неизбежната смърт на близкия. Една от целите на палиативното лечение е да предложи психосоциална помощ на пациенти и техни семейства, които се сблъскват с болестта в терминален стадий. Систематичен преглед на интервенциите за болногледачи на онкологични пациенти, получаващи палиативни грижи, проведен в началото на хилядолетието, показва недостиг на строги научни изследвания, поради което се разполага с ограничени сведения кои интервенции биха била ефективни за посрещане на комплексните нужди от семейството и медицинските специалисти.

**Интервенции след онкологична смърт.** Цялостните палиативни грижи за семейството и болногледачите на онкологичен пациент продължават и след смъртта му. Непосредствено възникващи въпроси включват гарантиране на почтително и съобразено със съответната култура отношение към тялото, включително отстраняване на сонди, дренажи, тръби и катетри (ако не е планирана аутопсия), предоставяне на време на семейството да бъде насаме с тялото, обсъждане на опасения за даряване на органи

или аутопсия, попълване на необходими документи за организация на погребение и информиране на застрахователни дружества и други изпълнители на здравни услуги за смъртта. Трябва да бъде предложена подкрепа в периода на скръб, започвайки с лично посещение или телефонно обаждане от основния онкологичен екип на пациента, последвано от съболезнователно писмо. Трябва да се установи кои членове на семейството са в риск от усложнено понасяне на загубата или удължена скръб и усложнената скръб трябва да се лекува. Децата на онкологичните пациенти представляват популация с особено висок риск от психосоциална дисфункция. Резултати от проведени изследване сочат, че някои прогностични фактори на удължена скръб могат да бъдат установени при болногледачи от семейството в периода на започване на палиативни грижи; тези фактори включват симптоми на удължена скръб преди смъртта, брачна връзка с пациента; полагащите грижи силно влияят на ежедневието на болногледача с лошо семейно функциониране и ниски равнища на оптимизъм. Най-добре е грижите, свързани със скръб, да се предоставят от опитен екип или квалифициран специалист по психично здраве. Семейството може да поиска от медицинския екип да организира среща, на която да бъдат подробно осведомени, и помощ за намиране на ресурси на местно ниво за справяне със загубата. Членовете на семейството трябва да бъдат насочени към генетични изследвания за риск, особено ако починалият пациент е имал положителен резултат за генетични маркери. Онколозите трябва да осигурят подготвяне на планове за грижи в напреднал стадий. Общите усилия на онкологичния екип и екипа за палиативни/хосписни грижи могат да подобрят общите резултати за пациентите и семействата им.

**Психосоциална подкрепа за изпълнители на палиативни грижи.** Една от целите на палиативната грижа е да предложи психосоциална подкрепа на пациенти и семейства,

които се сблъскват с болестта в терминален стадий.<sup>4</sup> Психосоциалните грижи се дефинират като грижа за психологическото и емоционално състояние на пациента и неговите близки/болногледачи, включително и проблеми, свързани със самочувствието, разбиране за адаптиране към болестта и нейните последици, комуникация, социално функциониране и междуличностни отношения.<sup>4,5</sup> Проучванията показват, че болногледачи съобщават за необходимост от високи нива на информационна и психосоциална подкрепа.<sup>5</sup> Въпреки че незадоволените потребности на болногледачите е широко признат факт в литературата, разполага се с ограничени сведения за видовете интервенции, които ефективно биха ги задоволили.<sup>6</sup> Един от първите систематични обзори на интервенции за болногледачи от семейства на онкологични пациенти, получаващи палиативни грижи, е проведен от *Harding and Higinson*<sup>7</sup> между 1966 г. и 2001 г.; регистрирани са 22 научни публикации; пет интервенции са оценени чрез рандомизирани контролирани проучвания. Установен е спектър от подходи, включващ домашни грижи, почасови грижи извън дома, социални мрежи и дейности, разрешаване на проблеми и образование, индивидуална терапия и груповата работа. Заключават се, че съществуват много малък обем от данни за ефективността на интервенциите за болногледачи на онкологични пациенти, получаващи палиативни грижи; по-голямата част от данните са от малък брой проучвания, като степента на доказателственост е оценена като умерена или слаба. Три рандомизирани контролирани проучвания показват, че интервенциите за подкрепа чрез психологическо обучение имат положителни резултати за болногледачите от семейството. Това потвърждава твърдението на *Egar* (основано на обзорен преглед на интервенции при различни групи болногледачи), че интервенции, насочени към психологическо обучение, разрешаване на проблеми и когнитивно реструктуриране, могат да окажат въздействие върху доброто здравословно състояние на болно-

гледача.<sup>8,9</sup> Няколко проучвания с положителни резултати от лечението използват интервенции, насочени към конкретни потребности на болногледача, като терапия при недостиг на сън и обучение за развиване на умения за разрешаване на проблеми. Тези изводи са съпоставими със заключенията на други автори, които се изказват в полза на целеви интервенции.<sup>10</sup> Проучванията с по-ниска оценка на ниво на доказателственост също показват благоприятни тенденции в резултатите от интервенции за болногледачи. Въпреки че дизайнът им е ограничен поради използване на подходи с по-ниска степен на научност, подобни проучвания биха могли да предоставят основа за бъдещо разработване на по-висококачествени дизайни.

Няколко от тези проучвания изследват иновативни подходи към интервенции за болногледачи, обгрижващи онкологични пациенти в края на живота им, например съдействие за провеждане на семейни срещи и контрол над болката. Препоръки от два прегледа на научни изследвания, свързани с болногледачи от семейства, могат да бъдат от помощ при разработването на интервенции в бъдеще. Според *Grande* работата в тази област в бъдеще трябва да бъде насочена към<sup>11</sup>: (1) ясно дефиниране и разработване на цели на интервенцията; (2) индивидуална и конкретна оценка на потребностите на болногледачите; (3) по-сериозно внимание към превантивни интервенционни подходи; (4) съдействие за приемане на положителните страни на обгрижването; (5) разработване на обосновани и надеждни показатели за оценка на болногледачи и по-добро разбиране на „активните“ компоненти на интервенциите. Препоръки могат да бъдат от помощ за разработване на психосоциални интервенции за болногледачи в бъдеще. Въпреки това остават няколко ключови въпроса: (1) как да се осигури ефективност на разработваните психосоциални интервенции предвид обичайно краткия период, в който могат да бъдат приложени; (2) кой е най-полезният начин да се определи кой

болногледачи имат нужда от значителна психосоциална подкрепа; (3) как здравните услуги могат да задоволят потребностите от подкрепа на цялото семейство, когато много от тях могат да се използват единствено за оказване на подкрепа на основния болногледач; (4) кои са приоритетните интервенции и начини за доставянето им, които са необходими за развиване и изследване на популацията болногледачи от семейството. Изводите са, че се затруднява извличането на еднозначна информация за ефективност на интервенциите за подкрепа на болногледачите.<sup>11, 12</sup> Сред потенциалните обяснения за неефективност са: неподходящи показатели за измерване на резултатите, неспецифични цели, насочени към потребностите, неефективен дизайн на системата за оценяване на научните изследвания.<sup>12, 13</sup> По-вероятно е интервенциите, основани на индивидуален подход, да окажат значително влияние върху психологическия товар и здравословното състояние на болногледача, докато груповите подходи обикновено са ефективни при развиване на компетентност. Друг извод е, че са налице минимални доказателства в подкрепа на теорията, че потребностите на болногледачи от семейството се различават систематично според типа личност, за която се грижат. Тази препоръка подкрепя възгледа, предложен от други, според които трябва да има начини за разработване на интервенции за подкрепа на болногледачи с общи приложения, като същевременно се признава, че винаги ще съществува необходимост от индивидуални вариации.<sup>15</sup> Все още предстои да се извършат значителни подобрения на броя, научната стойност и дизайна на бъдещи изследвания.<sup>15, 16</sup>

**Контрол на скръб.** Негативните емоции се подтискат до степен, че човек не усеща нищо. Отричането на факта на загубата обикновено продължава около 40 дни. На този етап човек вече разбира своята загуба, но неговото тяло и подсъзнание не я приемат. Именно затова човек непрекъснато се натъква на вещи, които му напомнят

за починалия; може да го вижда в тъпата, да чува стъпките му и това е нормална реакция. Добре е човек да сънува починалия. Ако нито един път не го сънува, означава, че процесът на тъгуване е блокиран и е добре да се потърси специализирана помощ. Болногледачът може да помогне по следните начини: (1) ако човек започне да плаче, помагачият трябва да го остави да се изплаче; (2) да напомни на близките, че прибързано отвеждане от гроба и от погребението е нежелателно, защото това е последна възможност да се погледне умрелият; (3) в това състояние хората имат нужда от докосване и прегръдка, за да излязат от шока; (4) може да се наложи да се дадат слаби успокоителни; препоръчително е приемът им да се консултира с лекар; (5) съществува риск от реактивни състояния (удряне на глава в стена, търкаляне по под, опити да се скочи от прозорец); помагачият трябва да бъде готов да реагира бързо и не е добре тъгуващият да остава сам; (6) успокояващи разговори на този етап са неподходящи; (7) да посъветва близките да не се плашат от поведението на отричане; (8) всички разговори за починалия трябва да бъдат поддържани, а не да се променя темата, за да се „предпази“ близкият; (9) да препоръча да се спазват ритуалите и при нужда да окаже помощ.

*Гняв.* Обикновено продължава около половин година. Може да е много силен и да бъде насочен както навън (към лекар, болногледач, близки и т.н.), към починалия („Защо ме изостави?“), така и към себе си („Защо не направих....“, „Можех да ....“) и човек започва да изпитва вина. В случаи, когато е насочен към болногледач, той може да използва уменията си за работа с гневни и агресивни хора. В случай, че човек започне да изпитва вина, е важно болногледачът да разграничи видовете вина. Вината възниква при нарушаване на значими за индивида нравствени норми. Това е чувство за неизпълнен дълг.

*Пазарене.* Настъпва при силни вярвания, че има живот и след смъртта. Често качества на починалия се приписват на някой от близките (например: детето е взело „духа“ на починалия и започва все повече да прилича на него). Болногледачът трябва да се съобрази с новите или засилени религиозни убеждения на скърбящите; нежелателно е да се оспорват вярванията му, освен в случаи, когато са рискови за неговото здраве и живот.

*Депресия.* Човек потъва в тъгата, затваря се в себе си, започва да плаче, отказва да яде, може да има сърдечни проблеми. Важно е тъгуващият да бъде изслушан и преживяванията му да бъдат приети.

**Принципи за помощ при преживяна загуба.** Помощ е да се говори за загубата. Уместни са помагачи въпроси за извеждане на позитивни чувства. Ако страдащият се самообвинява, може да бъде попитан какво точно е направил преди загубата. Уместно е и окуражаване на тъгата и плача – плачът е полезен, когато скърбящият получава подкрепа. Ефективен начин да се помогне е писането на книга със спомени. Много е важно болногледачът да забележи и реагира на бурно изразявани емоции от страна на тъгуващия. Скръбта изисква време; някои периоди, като 40 дни, три или шест месеца, една година, са особено важни и болезнени за тъгуващия. Ефективна подкрепа е да се обсъди подготовката за тези моменти. Не е добре да се казва, че са познати подобни случаи като неговия или че сам сте изпитвал такава мъка и разбирате чувствата му;

тъгуващият смята, че неговата мъка е уникална и никой не е страдал като него.

**Функции на изпълнителите на грижи след онкологична смърт.** Уместно е разглеждане на медицински въпроси, свързани със смъртта на пациента. Трябва да се изследват и обсъдят някои опасения и въпроси за качеството на предоставените грижи. Подробно трябва да се разгледат емоционалните реакции на близките и емоционалните реакции на персонала към смъртта на пациента. Допълнително трябва да се обсъди включване на медицински сестри, фелдшери, членове на лекарския екип (вкл. студенти по медицина, специализанти и стипендианти), социални работници и духовници, ако е подходящо. Внимателно трябва да се установи кои здравни специалисти са в риск от усложнена скръб, морален дистрес или притъпено чувство на състрадание.

Персоналът трябва да разполага с психосоциална подкрепа след загуба на пациент. Може да се помисли за възпоменателен или отбелязващ загубата ритуал (напр. кратко четене, минута мълчание). Може да се допусне членове на екипа да отидат на погребението. Онкологичните и палиативните екипи често преживяват загуба на пациенти, сблъскват се със скръб и свързаният с това емоционален дистрес с времето може да доведе до професионално „изпепеляване“ (burnout), притъпено чувство на състрадание и/или морален дистрес. Тези синдроми могат да се проявят като симптоми на депресия, тревожност, преумора и ниско психическо качество на живот. Трябва да се установи кои членове на персонала страдат от тези състояния и да им се помогне.

C

■ При семейства, болногледачи и медицински специалисти след онкологична смърт се препоръчват интервенции, насочени към психологическо обучение, разрешаване на проблеми и когнитивно реструктуриране (семейни срещи и др.).

C

- Препоръчва се подкрепа в периода на скръб, започвайки с лично посещение или телефонно обаждане от член на основния онкологичен екип, лекувал пациента, последвано от съболезнователно писмо.
- Препоръчва се психолог да установи кои членове на семейството са в риск от усложнено понасяне на загубата или удължена скръб и усложнената скръб трябва да се контролира.
- Препоръчва се постоянна оценка за симптоми на професионално „изпепеляване“ (burnout) на медицинския екип.



- Трябва да се провежда предварително психологическо консултиране и обучение на болногледачите от семейството за предстоящата онкологична смърт.
- За подкрепа след онкологична смърт и справяне със скръбта и загубата е необходимо присъствие на психолог за работа с близките.
- За подкрепа на онкологичния екип и превенция на синдром на “изпепеляване” е необходима работа в Балинтови групи, супервизии и интервизии.
- Качествените изследвания на интервенции за притъпено състрадание показват, че медицинските лица в онкологията определят следните ресурси като полезни: образователни интервенции, поддържащи програми или ресурси на работното място, места за почивка и мерки за самопомощ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Smith TJ, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The Integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012; 30 (8): 880-887
2. Schrijvers D, et al. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Ann Oncol* 2014; 25 (Suppl. 3): 138-142
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative care, v.1.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
5. Howick J, et al. The 2011 Oxford CEBM levels of evidence. Available at: [www.cebm.net/index.aspx?o=5653](http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653)
6. Wanzer SH, Federman DD, Adelstein SJ et al. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. A second look. *N Engl J Med* 1989; 320: 844-849
7. American Pain Society Subcommittee on Quality Assurance Standards. Standards for monitoring quality of analgesic treatment of acute pain and cancer pain. *Oncol Nurs Forum* 1990; 17: 952-954
8. Spross JA, McGuire DB, Schmitt RM. Oncology nursing society position paper on cancer pain. Part II. *Oncol Nurs Forum* 1990; 17: 751-760

9. American College of Physicians. American College of Physicians Ethics Manual. Third edition. *Ann Intern Med* 1992; 117: 947-960
10. Mercadante S. Pain treatment and outcomes for patients with advanced cancer who receive follow-up care at home. *Cancer* 1999; 85: 1849-1858
11. Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK et al. The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic literature review. *Palliat Med* 1999; 13: 3-17
12. Higginson IJ, Wade AM, McCarthy M. Effectiveness of two palliative support teams. *J Public Health Med* 1992; 14: 50-56
13. Higginson IJ, McGregor AM. The impact of palliative medicine? *Palliat Med* 1999; 13: 273-274
14. Peruselli C, Di Giulio P, Toscani F et al. Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. *Palliat Med* 1999; 13: 233-241
15. Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. *J Palliat Care* 1990; 6: 7-15
16. Kutner JS, Bryant LL, Beaty BL, Fairclough DL. Time course and characteristics of symptom distress and quality of life at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 227-236

© Валентин Власаков, Вероника Иванова, Веселина Ганчева, Георги Павлов, Гергана Иванова, Даниела Симова, Димитрина Григорова, Димка Димитрова, Екатерина Виткова, Елена Атанасова, Елена Илиева, Златица Петрова, Ивайла Георгиева, Илиан Илиев, Искра Дачева, Кристина Павлова, Мария Иванова, Мария Тодорова, Мая Георгиева, Николай Йорданов, Светлана Чивгънова, Силвия Цветкова, Татяна Хаджиева, Чавдар Стефанов – автори, 2015

© Димитър КАЛЕВ – редактор, 2015

© Арт Трейсър ООД – издател, 2015

© www.more-conference.com – официален сайт, МОРЕ 2015

## **ПСИХОСОЦИАЛНА ПОДКРЕПА И РЕХАБИЛИТАЦИЯ В ОНКОЛОГИЯТА**

клинично ръководство, основано на доказателства

Графично оформление: *Петър Желев*

Издател: Арт Трейсър ООД, Варна, ул. Любен Каравелов 79

Варна, 2015

ISBN 978-619-7094-17-6



9 786197 109417 6



Сканирай, за да прочетеш  
на мобилното си устройство

