Е.В.Филоненко

Медицинская реабилитация в онкологии.

Реабилитация онкологических больных – это комплекс государственных, медицинских, педагогических и социально-экономических мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма, его адаптацию к новым условиям жизнедеятельности, возникшим в результате заболевания и лечения злокачественной опухоли, а также социальных функций и трудоспособности больных. По заключению Комитета экспертов ВОЗ (1970), медицинская реабилитация определяется как «комбинированное и координированное применение медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и социальных мер для обучения и профессиональной подготовки или переподготовки, имеющее целью обеспечить больному наиболее высокий, возможный для него уровень функциональной активности».

Медико-социальная реабилитация является мультидисциплинарной отраслью здравоохранения и в зависимости от целей и этапов ее проведения характеризуется следующими аспектами:

1. Медицинский – диагностические и лечебно-профилактические мероприятия, включая хирургический этап, медикаментозную терапию, физиотерапию и др.

2. Психологический – процесс психологической адаптации с использованием методов психотерапии.

3. Профессиональный – мероприятия по восстановлению и профилактике возможного снижения трудоспособности, включая вопросы ее определения, трудоустройства и др.

4. Социальный – решение вопросов взаимоотношений больного в семье, обществе, на работе и др.

5. Экономический – оценка экономической эффективности медико-социальных мероприятий.

Медицинская

реабилитация в онкологии

Особенностью реабилитационной науки является проблема, связанная с относительно молодым возрастом этого направления современной медицины. Длительное время, начиная с эпохи Средневековья, основные усилия государственных структур были направлены на изоляцию больных

(преимущественно с инфекционными заболеваниями) и инвалидов. Развитие медицинской науки, с одной стороны, и резкое увеличение числа инвалидов – с другой, как последствие многочисленных войн и конфликтов, а также техногенных катастроф прошлого века привели к необходимости пере-осмысления отношения общества к инвалидам и возникновению реабилитационной науки как нового направления в медицине. В 1947 году реабилитация была официально объявлена Американской комиссией по медицинским специальностям в качестве самостоятельной дисциплины.

В нашей стране в развитии реабилитации важное значение имело создание по инициативе Е. И. Чазова государственной системы реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. Она явилась моделью внедрения принципов и методологии реабилитации в другие отрасли медицинской науки.

Несмотря на схожесть общих принципов и поставленных целей, медицинская реабилитация в онкологии имеет много особенностей и принципиальных отличий. В частности, одним их них является срок начала проведения реабилитационных мероприятий. Для онкологических больных применять методы психологической реабилитации необходимо еще до начала проведе-

ния специфического лечения, сразу после постановки диагноза злокачественной опухоли, затем на протяжении всего периода лечения, а зачастую и на протяжении всей последующей жизни.

В обществе бытует мнение о фатальности онкологического диагноза, радикальное хирургическое лечение по поводу злокачественных новообразований носит в большинстве случаев обширный органуносящий характер, а применение консервативных методов (лучевая терапия, хи-миотерапия) может приводить к местной и системной токсичности. Это наносит огромный ущерб психологическому состоянию пациентов, вызывает депрессию, а в ряде случаев даже отказ от проведения комплексного и комбинированного лечения и является причиной психологических сдвигов, затрудняющих восстановление не только психологического, но и соматического статуса пациента. В данной ситуации, несмотря на применение высоких медицинских технологий и новых методов лечения, эти усилия могут оказаться малоэффективными, даже бесполезными, если боль-

ной утрачивает смысл существования. Психологическая реабилитация онкологического больного призвана обеспечить его правильное отношение к болезни, позитивный настрой пациента на лечение, адаптацию к новым медико-социальным условиям, желание быть интегрированным в прежние общественно-бытовые условия жизни. Очень важно, чтобы она начиналась по возможности рано и носила строго индивидуализированный характер, а также осуществлялась только на основании дифференцированной оценки психологического статуса конкретного больного.

Достижения научно-технического прогресса позволили добиться значительных успехов в лечении злокачественных опухолей. При этом наряду с увеличением продолжительности жизни выросло число пациентов с выраженными дефектами и нарушением функций тех или иных органов после обширных, зачастую калечащих операций. В связи с чем одним из основных приоритетов медицинской реабилитации в онкологии является применение методик, направленных на повышение качества жизни онкологических больных. В современной онкологии необходимо оценивать результаты комбинированного и комплексного лечения не только по критериям выживаемости и продолжительности жизни, но и по специальным показателям качества жизни, что отражает и современную тенденцию возврата к гуманистическим традициям медицины. Поэтому качество жизни является основным критерием в системе реабилитации онкологических больных.

ВОЗ предлагает подразделять процесс реабилитации на три фазы: стационарную, выздоровления и поддерживающую. В онкологии данное разделение может быть принято лишь условно в связи с тем, что невозможно точно определить прогноз заболевания. На каждом этапе необходимо установить цели реабилитации: восстановительная (профилактика и терапия осложнений специфического противоопухолевого лечения), поддерживающая (например, заместительная гормонотерапия после операций по поводу рака щитовидной железы и др.) и паллиативная (симпто-

матическое и паллиативное лечение при прогрессировании заболевания). При этом цели могут меняться у отдельного больного в зависимости от особенностей течения онкологического процесса, наличия или отсутствия остаточной опухоли, рецидива или прогрессирования заболевания.

Стационарная фаза реабилитации в онкологии в первую очередь связана с разработкой и внедрением новых методик радикального хирургического лечения, направленных на обеспечение высоких онкологических результатов в сочетании с хорошим качеством жизни. Существует несколько направлений развития данных методов.

Во-первых, это применение органосохраняющих и функционально щадящих операций. Указанные операции при соблюдении онкологических подходов способствуют медицинской и социально-трудовой реабилитации больных. Развитие данного направления тесно связано с разработкой и внедрением новых методов ранней диагностики, направленных на выявление бессим-птомных, скрытых форм раннего рака различной локализации. Благодаря успехам спиральной компьютерной томографии в раннем выявлении рака легкого, эндоскопических флуоресцентных методов в диагностике ранних форм рака верхних дыхательных путей, эндоскопических методик скрининга раннего рака желудка, цитологических методик выявления раннего рака шейки матки и др. число больных с впервые установленным диагнозом рака I–II стадии с каждым годом возрастает. Это делает возможным и оправданным применение органосохраняющих методов лечения, позволяющих достичь в большом проценте наблюдений излечения и высоких показателей пяти- летней выживаемости в сочетании с сохранением органа либо его части, а также с полным сохранением его функции. Хорошие отдаленные результаты и высокое качество жизни, обеспечивающее применение органосохраняющего и функционально щадящего хирургического лечения как этапа комбинированного лечения или в самостоятельном варианте, доказывает перспективность его применения. Ограничением к применению указанного метода является стадия опухолевого процесса. По данным статистики (В. И. Чиссов, В. В. Старинский, 2006), из впервые выявленных больных со злокачественными опухолями рак в I и II стадии диагностируется только в 43,9% случаев.

У значительной части онкологических больных выявляют III стадию опухолевого процесса, когда наиболее эффективным является комбинированное лечение. При планировании хирургического этапа лечения в данной ситуации на первый план выходит необходимость выполнения обширных моноблочных резекций с удалением пораженного органа и большого объема тканей, что приводит к образованию выраженного анатомо-функционального дефекта органа или ткани, отрицательным косметическим и функциональным результатам. Подобные операции головы и шеи, молочной железы, на органах пищеварительного тракта, мягких тканях и другие способны привести к глубокой инвалидизации больного, изолировать его от семьи и общества. В данной ситуации среди мероприятий по реаби-

литации онкологических больных ведущими являются методики замещения возникающих дефектов с использованием микрохирургической аутотрансплантации органов и тканей. В МНИОИ им. П. А. Герцена широкое использование микрохирургической техники насчитывает более 20 лет. Применение данных методик при лечении местно-распространенных форм рака без отдаленного метастазирования позволяет достигнуть высоких показателей излечения со снижением или преодолением неизбежной ранее инвалидизации онкологических больных (И. В. Решетов, 2001).

Другим направлением в реабилитации онкологических больных после радикального хирургического лечения местно-распространенных форм рака является применение протезов для восстановления утраченной функции (трахео-пищеводное шунтирование и установка голосовых протезов после ларингэктомии, протезирование суставов при хирургическом лечении опухолей костей и др.) или устранения косметических дефектов (протезирование молочной железы после мастэктомии).

Немаловажным этапом реабилитационных мероприятий в стационарной фазе лечения и «фазе выздоровления» онкологического больного является профилактика и лечение осложнений специфического противоопухолевого лечения, а также послеоперационная восстановительная терапия. С этой целью в зависимости от показаний используются методики лечебной физкультуры, пневмомассажа, физиотерапии и методики, основанные на применении физических факторов.

В МНИОИ им. П. А. Герцена накоплен 25-летний опыт применения физических факторов на этапах реабилитации онкологических больных. Широко используются низкоинтенсивная лазерная терапия, КВЧ-терапия, магнитотерапия, NO-плазменная терапия, фотодинамическая терапия,

ультразвуковая терапия и др. Основным условием применения физических факторов в качестве восстановительного лечения является отсутствие данных о наличии рецидива или продолженного роста опухоли. В нашей практике основными показаниями для применения указанных методик являлись: ранние и поздние лучевые реакции – в 30,1% наблюдений, побочные реакции химиотерапии – в 10,3%, гнойно-воспалительные и другие осложнения хирургического лечения – в 38,1%, гемодинамические расстройства в пересаженных тканях при реконструктивно-пластических операциях – в 6,9%, сопутствующие заболевания у онкологических больных – в 14,6%.

Применение физических факторов в восстановительном лечении онкологических больных позволяет:

– улучшить результаты основных методов лечения как за счет снижения осложнений, так и за счет модифицирующих свойств физических факторов;

– интенсифицировать период реабилитации, что в свою очередь сокращает срок пребывания больного в стационаре, а также время его нетрудоспособности;

– расширить арсенал лечебных воздействий при сопутствующей патологии у онкологических больных.

Эффективность использования физических факторов можно продемонстрировать на примере применения низкоинтенсивной лазерной терапии для лечения лучевых реакций и повреждений. В зависимости от характера и локализации осложнений эффективность лечения

составляет от 67% до 100%.

Особенностью применения методов физиотерапии в онкологии является необходимость начала их использования в раннем послеоперационном периоде для достижения наилучших результатов. В ряде случаев показано их курсовое применение на поликлиническом этапе при наличии таких осложнений противоопухолевого лечения, как, например, лимфостаз верхней конечности после радикальной мастэктомии.

Одна из отличительных черт медицинской реабилитации в онкологии связана с особенностями течения онкологического заболевания, а именно с возможностью возврата болезни после проведенного радикального лечения, что делает применение методик, направленных на вторичную профилактику и предупреждение рецидива заболевания, одним из приоритетных направле-

ний. К таким методикам можно, в частности, отнести проведение курсов адъювантной терапии – химиотерапии, фотодинамической терапии и др.

Немаловажный раздел медицинской реабилитации в онкологии занимает паллиативная реабилитация, что обусловлено тем, что почти «у 60% из впервые выявленных больных наблюдаются запущенные формы злокачественных опухолей» (В. И. Чиссов, 2006). Данное направление вклю-

чает паллиативное лечение и симптоматическую терапию.

При этом применение методов паллиативного лечения (паллиативная фотодинамическая терапия с гемостатической и санирующей целью, стентирование при стенозирующих опухолях пищевода и кардии и др.) требует пребывания больного в стационаре. Проведение симптоматической терапии и квалифицированного ухода возможно осуществлять выездной бригадой на дому в условиях и с активным участием семьи и окружения больного. Организация проведения подобных реабилитационных мероприятий должна стать одной из функций реабилитационных учреждений. Данный подход соответствует общей тенденции медицинской реабилитации последних лет – проведение по возможности реабилитации в условиях дневного стационара или на дому, что обусловлено высокой стоимостью пребывания больного в клинике.

Как показывает практика, реабилитация онкологических больных – многоэтапный процесс. На каждом этапе лечения, наблюдения и всей последующей жизни больного применяются различные методы реабилитации, которые позволяют возвращать больных в трудовой коллектив,

в семью, к прежнему уровню социального общения, а при невозможности достижения дооперационного уровня – обеспечить высокое качество жизни. При невозможности возврата пациента к трудовой деятельности восстановление в той или иной степени физического, психологического и некоторых аспектов социального статуса может стать для определенной категории больных конечной целью реабилитации, возможно, имеющей меньшее экономическое значение, но играющее очень важную морально-этическую и гуманную роль.

Реабилитация в онкологии – раздел медицины, который продолжает развиваться и совершенствоваться в соответствии с общим развитием онкологической науки в целом. При этом особенности ее дальнейшего поступательного движения связаны в основном как с научными, так и с общегосударственными, организационными и финансовыми проблемами. Как свидетельствуют статистические данные, «в мировой практике на профилактику (в онкологии) выделяется 30% финансовых средств, на лечение – 50%, на реабилитацию – 20%. В то же время в России из средств ОМС на профилактику расходуется 6%, на лечение – 94%, на реабилитацию – 0%» (В. И. Чиссов, 2006).

Следует признать, что подобное положение становится существенным ограничительным фактором в развитии и совершенствовании социально-медицинской реабилитации онкологических больных в нашей стране. Как представляется, понимание и признание важности и значения реабилитации как самостоятельного направления в онкологии должно привести к существенным изменениям в государственном подходе к решению указанных вопросов.