

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОНКОЛОГИИ



РУКОВОДИТЕЛЬ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА
ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК
Елена Вячеславовна Филоненко

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.

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 следствие многочисленных войн и конфликтов, а также техногенных катастроф прошлого века привели к необходимости переосмысления 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 из них является срок начала проведения реабилитационных мероприятий. Для онкологических больных применять методы психологической реабилитации необходимо еще до начала проведения 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, химиотерапия) 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 больной 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 (симптоматическое и паллиативное лечение при прогрессировании заболевания). При этом цели могут ме-



няться 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 бессимптомных, 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 пятилетней 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 моблочных 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 реабилитации 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 лазер-



ная 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 направлений. К таким методикам можно, в частности, отнести проведение курсов адьювантной 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 включает 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 ко-



нечной 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.