

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. кафедры: ДМН, профессор

Зуков Руслан Александрович

### РЕФЕРАТ

Тема: «Реабилитация онкологических больных»

Выполнила: ординатор 1 года обучения

Рудоман Ирина Семеновна

Проверил(а): доцент кафедры  
онкологии и лучевой терапии  
с курсом ПО

Горбунова Екатерина  
Александровна

Красноярск 2024

## Содержание

1. Введение
2. Историческая справка. Понятие реабилитации.
2. Особенности реабилитации онкологических больных
3. Цели реабилитации
4. Компоненты реабилитации
5. Этапы реабилитации
6. Санаторно-курортное лечение онкологических больных
7. Реабилитация после химиотерапии
8. Заключение

## Введение

Качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая исходя из его субъективного восприятия. У концепции качества жизни можно выделить два аспекта. *Во-первых*, при его оценке принимаются во внимание разные сферы жизни, как напрямую связанные с состоянием здоровья, так и зависящие от него лишь косвенно. При оценке качества жизни учитывают физическую, психологическую, социальную, экономическую, духовную стороны жизни пациента. *Во-вторых*, оценка основывается в первую очередь на мнении самого больного, его субъективном восприятии качества жизни по тем или иным аспектам. Повышение качества жизни является либо дополнительной целью лечения (когда заболевание может привести к сокращению жизни пациента), либо основной (когда заболевание не может привести к сокращению жизни или когда оно неизлечимо и непременно приведет к смерти больного). В последнем случае улучшение качества жизни остается единственной целью лечения. Поэтому в современной онкологии оценивать результаты лечения необходимо не только по критерию выживаемости и безрецидивности, но и по показателям качества жизни.

Реабилитация онкологических больных - это система государственных, медицинских, социальных, педагогических, организационных и других мероприятий, направленных на ликвидацию проявлений болезни и создание оптимальных условий для адаптации пациентов к окружающей среде при высоком качестве их жизни.

Современная организация выявления, диагностики и лечения больных со злокачественными новообразованиями, а также планирования онкологической службы выявила четкие тенденции в динамике онкологической заболеваемости в сторону ее неуклонного роста. В то же время происходит увеличение числа больных с 1-2 стадией опухолевого процесса, когда значительному числу больных можно отказаться от применения агрессивных и травматичных методов лечения приводящих к глубокой инвалидизации, в пользу функционально-щадящего лечения, имеющего высокий социальный и экономический эффект. Широкое внедрение в практику онкологии комбинированного и комплексного лечения привело к существенному увеличению продолжительности жизни онкобольных. Неуклонно растет число онкологических больных III клинической группы, состоящих на учете онкологических диспансеров и кабинетов, причем подавляющее большинство из них лица трудоспособного возраста, которые нуждаются в определении своего статуса. В то же время по статистике немалое число составляют больные с впервые выявленной 4

стадией онкозаболевания или его прогрессирование после лечения. А инвалидность, связанная со злокачественными заболеваниями, занимает седьмое место в структуре инвалидности для России и стран СНГ.

Таким образом вопрос реабилитации онкологических больных является чрезвычайно актуальным и сложным. Очевидно, что реабилитационные мероприятия должны быть направлены не только на минимизацию физических последствий специального лечения, но и в равной степени касаться психических, социальных и профессиональных последствий.

### **Историческая справка. Понятие реабилитации.**

Медицинская помощь в индустриальных странах с высокоразвитыми системами здравоохранения подразделяется на профилактические, лечебные и реабилитационные услуги. Если первые элементы восстановительной медицины можно найти уже в древнем мире, то позднелатинское понятие *rehabilitatio* появилось впервые в 1439 г. Под этим понятием подразумевалось полное восстановление правового положения личности в обществе. Позднее понятие "реабилитации" с его скорее юридического значения поменялось на медицинское социально-этическое. В секторе здравоохранения современных индустриальных стран произошли сложные и взаимообусловленные изменения. Возросло значение профилактики и реабилитации. Наряду с диагностикой и терапией органических болезней получили признание психосоматика и учет факторов риска, вытекающих из взаимосвязанного воздействия общества, рабочей и окружающей среды на здоровье и болезнь человека. В связи с этим Всемирной организацией здравоохранения /ВОЗ/ в 1990 г. была разработана и провозглашена всеобъемлющая концепция охраны и укрепления здоровья, которая учитывается все в большей мере в национальной политике здравоохранения индустриальных стран. Принципы охраны и укрепления здоровья, содержащиеся в концепции, имеют значение как для профилактики, так и для реабилитации, как системе государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий направленных на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

### **Особенности реабилитации онкологических больных**

- этапность процесса;

- специальные методы реабилитации, которые позволяют возвращать больных к полноценной жизни и труду, или создавать условия комфортного существования;
- максимально раннее начало лечения, непрерывность;
- по возможности совместимость с лечебным этапом, комплексность и индивидуальность подхода.

Возможность реабилитации конкретного больного рассматривается индивидуально с учетом комплекса прогностических факторов: локализация и стадия опухоли, ее морфологическое строение, характер проведенного лечения, степень анатомо-функциональных нарушений, а также общебиологические и социальные характеристики: возраст, пол, профессия, положение в обществе, семье и т. д.

Очевидно, что все вероятные варианты клинического течения злокачественного заболевания возможно объединить в три группы. Группа с благоприятным прогнозом включает в себя наблюдения с 1-2 стадией опухоли, которые, как известно, имеют реальный шанс излечения от заболевания. Причем эта закономерность прослеживается для большинства локализаций поражения: легкое, желудок, шейка матки, молочная железа, гортань и т. д. И при символах T1-2N0M0 5-ти летняя выживаемость этой группы больных достигает от 60 до 90%. Большинству пациентов при этом возможно проведение функционально щадящего и органосохранного лечения с применением методик хирургической резекции пораженного органа с сохранением функциональной части, нередко с одномоментной реконструкцией. Например: лобэктомия при раке легкого, резекция желудка, сфинктерсберегающая резекция прямой кишки и т. д. А также методик точного лучевого воздействия на очаг опухоли, например при раке голосовых связок, или эффективной химиотерапии.

Прогноз заболевания приобретает более серьезный характер в группе пациентов с III стадией опухоли. Возможность проведения функционально щадящего лечения при подобной распространенности процесса весьма сужена. Чаще для адекватного удаления опухоли и лимфоузлов требуется выполнение инвалидизирующей операции в комбинации с лучевой терапией и химиотерапией, тем самым причиняя выраженный анатомофункциональный дефект. Например, гастрэктомия, пневмонэктомия, мастэктомия. В ряде случаев приводя к полной потере функции органа и сопровождаясь выраженной инвалидизацией как, например, ларингэктомия с трахеостомией, ампутация конечности, резекция пищевода с эзофаго и гастростомией, обструктивная резекция толстой кишки с колостомией.

И, наконец, группа неблагоприятного прогноза с прогрессированием опухолевого процесса после неэффективного лечения II-III стадии и с впервые выявленной IV стадией заболевания. Задачей лечения данных больных заключается в замедлении по возможности прогрессирования заболевания путем применения лучевой и химиотерапии, а также коррекции возникших нарушений функции органов, например трахеостомия при стенозе гортани и трахеи, гастростомия при опухолевой дисфагии и т. д. А также купирование хронического болевого синдрома.

### Цели реабилитации

Основной целью реабилитации в онкологии это повышение качества жизни онкологическим пациентам. В соответствии с групповым прогнозом определяют цель реабилитации:

1. Восстановительная – предполагается полное или частичное восстановление трудоспособности, как правило, для больных с благоприятным прогнозом. Например, больная после радикальной мастэктомии, у которой имеется лимфостаз верхней конечности.
2. Поддерживающая – болезнь заканчивается потерей трудоспособности, но её можно уменьшить адекватным лечением и правильной тренировкой. Направлена на адаптацию пациента к новому психо-физическому состоянию, положению в семье и обществе.
3. Паллиативная – при прогрессировании заболевания можно предупредить развитие некоторых осложнений (пролежни, контрактуры, психические расстройства).

Следует оговориться, что не существует четких границ в определении целей реабилитации в каждом конкретном случае, т. к. очевидно, что особенности течения опухолевого процесса имеют индивидуальные особенности. Например, прогрессирование опухоли после радикального лечения меняет цель реабилитации с восстановительной на паллиативную. А реконструктивно-пластическая операция по восстановлению инвалидизирующего дефекта, например лица и верхней челюсти, позволяет пациенту провести восстановительную реабилитацию вместо поддерживающей. Также это касается и определения статуса трудоспособности. В ряде развитых стран, например в Германии, больничные кассы и страховые общества не отказывают онкологическому пациенту в сохранении рабочего места, даже после паллиативного лечения.

## Компоненты реабилитации

Для достижения целей реабилитации онкологического больного применяются специальные методы или компоненты реабилитации. Следует подчеркнуть, что в современной клинической онкологии понятие лечение и реабилитация неразрывны, обеспечивая преемственность и последовательность этапов общего лечения.

Лечебный компонент является основополагающим, определяющим как результат лечения, так и реабилитации.

Приоритетным направлением современной клинической онкологии является функционально щадящее и органосохранное лечение злокачественных опухолей основных локализаций. Одним из основных принципов функционально-щадящего лечения является совмещение этапов хирургического удаления опухоли и хирургической реабилитации. Этот принцип в настоящее время применим для больных I-II ст. и большей части III ст. благодаря внедрению в онкологию реконструктивно-пластического компонента восстановления пораженного органа. Например: радикальная резекция молочной железы с реконструкцией, резекция и пластика пищевода, гортани, трахеи и т. д.

Реконструктивно-пластический компонент хирургической реабилитации онкологических больных включает в себя комплекс методов современной реконструктивно-пластической хирургии, позволяющих в кратчайшие сроки и с максимальной эффективностью восстановить функцию и внешний вид органа, его эстетические параметры, что особенно важно для лица, молочных желез, конечностей. Наиболее часто применяются методы функциональной резекции, пластики местнопеременными лоскутами, микрохирургической аутотрансплантации тканей, а также имплантации искусственных тканей.

Ортопедический компонент реабилитации применяют в тех случаях, когда есть противопоказания к проведению реконструктивно-пластического лечения в связи с возрастом, сопутствующей патологией или прогнозом опухоли. Также в случаях, когда пластика дефекта представляется сложно разрешимой задачей. Ортопедический метод реабилитации онкологических больных ныне имеет ряд методических особенностей, которыми является максимально раннее начало и двуэтапность в виде временного тренировочного протезирования и постоянного. Для изготовления протезов используются самые современные разработки в синтетических материалах для наилучшей адаптации на стыке протез-ткань и в области биомеханики для воссоздания отдельных функций

протезируемых органов. Наибольшее распространение получили протезирование органов челюстно-лицевой зоны для восстановления функции жевания, глотания, звукообразования, также протезирование молочной железы и конечностей.

Социально-трудовой компонент реабилитации заключается в проведении комплекса упражнений лечебной физкультуры, адаптирующей и заместительной лекарственной терапии для восстановления функции оперированного органа, обучению или переквалификации для получения новой профессии.

### **Этапы реабилитации**

#### *1. Подготовительный*

На этом этапе основное внимание следует уделять психике больного. Под воздействием мощной стрессовой ситуации у пациента, направленного в онкологическую клинику, возникают острые психогенные реакции, среди которых преобладает депрессивный синдром. Психологически в беседах врача необходимо больного информировать об успехах лечения онкозаболеваний, возможностях органосохранного подхода. По показаниям следует применять седативные препараты. Этот этап непосредственно связан со специальной медикаментозной и немедикаментозной подготовкой, направленной на лучшую переносимость операции и других лечебных мероприятий.

#### *2. Лечебный*

Он включает в себя операцию по удалению опухоли и сохранению или пластическому восстановлению анатомических основ функции оперированного органа. Это также может быть курс специальной лучевой терапии на опухоль с сохранением соседних тканей.

#### *3. Ранний восстановительный*

Важной задачей этого этапа является его проведение в естественные биологические сроки до 2-3 недель, без срывов. Целесообразно применять апробированные в онкологии методы улучшения регенерации: низкоэнергетические лазеры, КВЧ-установки. В конце этапа необходимо начинать специальную ЛФК, в т. ч. на тренажерах.

#### *4. Поздний восстановительный*



Этап является непосредственным продолжением предыдущего. Продолжается ЛФК, терапия по регуляции функции оперированного органа. Например, набор ферментных препаратов пищеварительного тракта, временно заменяющих их недостаток в организме при резекции желудка, поджелудочной железы и т. д.

Параллельно начинают проведение специальной противоопухолевой химио- и лучевой терапии. В связи этим реабилитационные мероприятия планируются с учетом лечебных, чтобы исключить их взаимное подавление. Этап занимает от 1 до 6 мес., который определяется индивидуальным планом лечения. За это время можно решать вопросы эстетической реабилитации, включая коррегирующие операции, шлифовку рубцов и т. д.

#### *5. Социальный*

На этом этапе первостепенное значение приобретает психический статус онкологического больного, его социально-трудовая ориентация. Как показывает практика, на этом этапе жизни пациенты очень нуждаются в моральной и терапевтической поддержке по нормализации психического статуса и гомеостаза.

Так как процесс лечения и реабилитации онкологических больных занимает в среднем от 3 до 6 мес. очень важной становится функция врачебно-трудовой экспертизы, особенно на последних этапах лечения.

### **Санаторно-курортное лечение онкологических больных**

Направление на санаторно-курортное лечение допустимо исключительно для онкологических больных, получивших радикальное противоопухолевое лечение, полностью его закончивших и не имеющих признаков рецидива или метастазов опухоли.

В то же время такие курортные факторы, как климато- и ландшафтотерапия, занятия в водоемах и бассейнах, ингаляции - в комплексе с диетотерапией и необходимым медикаментозным лечением при соответствующих показаниях - способствуют улучшению общего состояния пациентов, восстановлению нарушенных функциональных показателей, повышению работоспособности и могут быть рекомендованы и показаны онкологическим больным.

Абсолютные противопоказания: многие природные физические факторы (лечебные грязи, торфы, озокерит, горячие ванны и души, радоновые,

сульфидные воды, общее ультрафиолетовое излучение, гелиотерапия, последняя - особенно на южных курортах в весенне-летнее время), а также общие и тепловые физиотерапевтические процедуры способны в значительной мере стимулировать рост злокачественных опухолей и вызывать прогрессирование основного процесса. Поэтому они абсолютно противопоказаны всем онкологическим больным, независимо от срока окончания радикального лечения.

Санаторно-курортное лечение назначается с целью коррекции последствий проведенного радикальной противоопухолевой терапии, лечения сопутствующих заболеваний и общеукрепляющей терапии:

1. Осложнения проведенного радикального противоопухолевого лечения. Онкологические больные нуждаются в комплексе восстановительных мероприятий для компенсации нарушенных функций отдельных систем и органов, возникших как в результате развития опухоли, так и в связи с проведенным радикальным специальным лечением.

В настоящее время считается допустимой коррекция в санаторных условиях последствий радикального лечения рака желудка (пострезекционные расстройства, хронические гепатит, холецистит, панкреатит, анемия, дефицит массы тела больного и др.), последствий радикального лечения толстой кишки (синдром раздраженной кишки, хронические колиты и энтероколиты).

Оптимальные сроки и режим курортного лечения определяются с учетом факторов индивидуального прогноза (распространение и форма роста опухоли, ее локализации, объем операции), наличия и степени выраженности расстройств.

2. Сопутствующие заболевания. Среди онкологических больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, преобладают люди старших возрастных групп, страдающие самыми различными сопутствующими хроническими болезнями. Поэтому у больных всех форм и локализаций рака, перенесших радикальное противоопухолевое лечение и не имеющих возврата болезни (рецидивов и метастазов) 5 и более лет, санаторно-курортное лечение может (по показаниям) проводиться по поводу имеющихся сопутствующих заболеваний.

К ним относятся заболевания органов кровообращения, пищеварения, зрения, мочевыделительной системы, функциональных заболеваний нервной системы, болезни бронхов и легких нетуберкулезного характера, эндокринно-обменные нарушения (ожирение, сахарный диабет).

3. Общеукрепляющая терапия. Общеукрепляющее лечение включает санаторный режим, прогулки, лечебную физическую культуру. Необходимо подчеркнуть важность назначения онкологическим больным в комплексе лечебных мероприятий общеукрепляющей терапии в виде препаратов из группы адаптогенов (экстракт корня элеутерококка, настойка женьшеня, пантокрин).

Эти препараты обладают не только тонизирующим и психостимулирующим действием, но и способны влиять на повышение неспецифической резистентности организма, в том числе и противоопухолевой.

Больным показана витаминотерапия, в частности такие витамины, как А, Е, С, витамины группы В могут быть рекомендованы онкологическим больным, поскольку повышают неспецифическую резистентность организма. Назначая витамины, следует учитывать сезон лечения и возможности получения части витаминов с пищей (свежая зелень, фрукты).

После завершения курса санаторно-курортного лечения больные должны обследоваться у онколога 1 раз в 3 месяца в течение года. При отсутствии данных, свидетельствующих о возврате (рецидив, метастазы) опухолевого процесса и хорошем эффекте санаторно-курортного лечения, допустимо проведение повторного курса.

### **Реабилитация после химиотерапии**

Реабилитация после химиотерапии довольно долгий и сложный процесс.

Курс химиотерапии влияет не только на рост раковых клеток, но и угнетает здоровые клетки. Конечно, каждый человек переносит химиотерапию по-своему, но практически у всех фиксируется снижение защитных сил организма, угнетение кроветворения, склонность к кровоизлияниям, мышечная слабость, диспепсические расстройства (проявляется тошнотой, рвотой, диареей). Особенно тяжело переносят период восстановления те люди, которые на момент прохождения химиотерапии были ослаблены. В такой ситуации на возобновление сил уйдет намного больше времени и усилий не только со стороны пациента, но и его близких. И без помощи специалистов из реабилитационного центра уже не обойтись.

Санаторное лечение обеспечивает полный комплекс необходимых процедур, включающих особый режим питания, отдыха и активности, и, что

немаловажно, в санатории пациент имеет возможность не чувствовать себя одиноким и общаться с людьми со схожими проблемами.

Если человек очень ослаблен, то он не может противостоять инфекциям. Поэтому важно создать для пациента условия санаторного типа, особой заботы требует также и его психическое состояние. Очень важно побороть стресс и вселить в человека тягу к жизни – только при стабильном психическом состоянии физическая реабилитация будет проходить с положительной динамикой.

Реабилитация после химиотерапии непременно включает в себя восстановление физической активности за счет занятий йогой, настольным теннисом, плаванием. Нагрузка дается постепенно, с учетом текущего физического состояния.

Курс мероприятий по реабилитации разрабатывается индивидуально, с учетом всех потребностей и особенностей пациента. В первую очередь укрепляется иммунная система, также проводятся фитотерапевтические процедуры, лечение минеральными водами, ЛФК, диетотерапия, ароматерапия, по показаниям – плавание, лимфодренаж, лечебные ванны. Комплекс физических упражнений и йога помогают справиться с болевым синдромом, восстановить форму и укрепить организм.

Реабилитация после химиотерапии в санатории очень хорошо влияет на динамику заболевания, общение с людьми, переживающими похожее состояние, дает пациенту возможность обсудить проблемы своего здоровья на равных, чего не будет хватать при реабилитации в домашних условиях.

### **Заключение**

Таким образом, реабилитация онкологических больных при функционально-сдающем и комплексном лечении - многоэтапный процесс, восстановительный по сути и содержащий несколько важнейших компонентов - реконструктивно-пластический, ортопедический, социальнотрудовой. Процесс реабилитации должен носить непрерывный характер.

## Список литературы

1. Новиков Г. А. Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным. - М.
2. Санаторно-курортное лечение в реабилитации онкологических больных. Угляница К.Н., Луд Н.Г., Угляница Н.К.
3. Баллюзек М.Ф., Ионова А.К., Машкова М.В., Степанов Б.П., Чагунава О.Л. Организация программ реабилитации онкологических пациентов на основе междисциплинарного подхода. *Research'n Practical Medicine Journal*. 2018;5(4):91-97. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2018-5-4-9>
4. Профилактическая медицина 2019, Т. 22, №5, с. 131-135  
<https://doi.org/10.17116/profmed201922051131> The Russian Journal of Preventive Medicine 2019, vol. 22, no 5, pp. 131-135  
<https://doi.org/10.17116/profmed201922051131> Реабилитация в онкологии © А.М. АРИНГАЗИНА<sup>1</sup>, С.Т. ОЛЖАЕВ<sup>2</sup>, Б.С. ХЕГАЙ<sup>1</sup>
5. Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семиглазова Т.Ю. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни. *Вопросы онкологии*. 2016;