

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

Заведующий кафедрой:

проф. дмнЗуков Р.А.

РЕФЕРАТ

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОНКОЛОГИИ

Выполнила:

Единова Вероника Николаевна

ординатор 2 года

специальности онкология

Красноярск, 2023

За последние десятилетия в онкологии достигнут несомненный прогресс, создающий предпосылки для скорейшего излечения и реабилитации больных злокачественными заболеваниями посредством современных, мультимодальных и высокотехнологических методов диагностики и лечения, таких как биопсия сигнальных лимфатических узлов; роботизированная хирургия и эндовидеохирургия; «хирургия ускоренной реабилитации» (FastTrak); реконструктивно-пластические операции; радиохirurgия (гипофракционная стереотаксическая лучевая терапия); высокодозная брахитерапия; иммуногистохимическое и молекулярно-генетическое обследование с последующим системным противоопухолевым лекарственным лечением (таргетная терапия и иммунотерапия ингибиторами точек иммунного контроля) и сопроводительной терапией (колониестимулирующие факторы, антиэметические препараты, нутритивная терапия, остеомодифицирующие агенты и т.д.); высокодозная химиотерапия с последующей ауто- или аллогенной трансплантацией стволовых клеток; вакцинотерапия; терапия T-CAR-клетками и т.д.

Несмотря на несомненную революцию последних лет в диагностике и лечении онкологических больных, по-прежнему присутствуют факторы, связанные как с самим заболеванием, так и его лечением, приводящие к снижению качества жизни больных. В этой связи в настоящее время становится особенно актуальным «восстановление физического, эмоционального, социального, ролевого и когнитивного функционирования, направленного на возвращение пациента к прежней трудовой активности, посредством применения различных методов реабилитации».

В настоящее время основой реабилитации является мультидисциплинарный, пациент-ориентированный и пациент-центрированный подход. Важно, что реабилитация онкологического больного должна начинаться с момента постановки онкологического диагноза и осуществляться мультидисциплинарной командой, в которой ключевую роль играет сам пациент и его родственники. При этом под реабилитационным диагнозом понимается список проблем пациента, описывающий все компоненты здоровья и включающий в себя не только медицинские проблемы, но и возможности пациента, деятельность пациента, его среду, окружение, родственников, личные установки и персональный опыт пациента, психологические черты, привычки, религиозные и мировоззренческие позиции.

В основе реабилитационного диагноза больных заложена концепция функционального здоровья, представленная в Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (ВОЗ, 2001). Международная классификация функционирования (МКФ) позволяет:

- описать состояние пациента на текущий момент времени;
- выделить категории структур, функций, активности, участия и факторы окружающей среды;
- всесторонне оценить проблемы и возможности пациента как результат взаимодействия между состоянием здоровья и факторами внешней среды;
- объединить социальную и биомедицинскую модели инвалидности в современную биопсихосоциальную модель реабилитации онкологических больных.

Принципы осуществления реабилитационных мероприятий в разных странах значительно отличаются, в зависимости от системы социального обеспечения, в которую они включены. В большинстве европейских стран и в США реабилитационные мероприятия в основном осуществляются в амбулаторных условиях, тогда как в Германии существует уникальная система, в которой реабилитация производится преимущественно в условиях стационара, хотя в течение последних лет амбулаторные реабилитационные службы также приобретают значимость. Hellbom и соавт. (2011) предоставили краткий обзор структур реабилитации больных злокачественными опухолями и исследование состояния реабилитации в различных странах Европы.

Дания

С 1 января 2007 г. ответственность за восстановление больных хроническими заболеваниями, включая рак, возложена на 98 муниципалитетов страны. В настоящее время лишь небольшое количество муниципалитетов создало клиники реабилитации для онкологических пациентов и предлагает ограниченные реабилитационные мероприятия, такие как физиотерапия или консультирование по вопросам диетического питания.

Швеция

В Швеции многие онкологические клиники, используют социальных консультантов для предоставления социально-экономических консультаций и психологической помощи пациентам, а физиотерапевты часто доступны для базовой мобилизации и реабилитации лишь в специализированных клиниках. Консультанты, психологи, физиотерапевты и диетологи могут в какой-то мере быть доступными для онкологических больных через службы первичной медико-санитарной помощи. Реабилитационные команды в специализированных клиниках состоят из врачей-реабилитологов и/или психиатров, медсестер, физиотерапевтов, диетологов, психологов и социальных консультантов, составляющих штат около 20 сотрудников. Реабилитационные мероприятия осуществляются преимущественно амбулаторно.

Норвегия

В национальной стратегии борьбы с онкологическими заболеваниями на 2006–2009 гг. реабилитация рассматривается как важная область развития. В настоящее время доступны как амбулаторные, так и стационарные реабилитационные услуги для онкологических больных. Стационарные услуги в основном предоставляются в частных реабилитационных учреждениях, расположенных во всех 4 регионах. Пребывание в условиях стационара длится, как правило, от 3 до 4 недель у пациентов с различными заболеваниями, включая онкологические. Услуги по амбулаторной реабилитации предлагаются как в онкологических отделениях, так и в местных больницах. Реабилитационные мероприятия включают физическую терапию, физическую подготовку, психологическую поддержку или консультирование по вопросам питания или пособий по социальному обеспечению.

Финляндия

Развитие реабилитационной деятельности среди онкологических больных в Финляндии началось в начале 1970-х гг. В последующие десятилетия реабилитация онкологических пациентов стала осуществляться в виде 5–7-дневных междисциплинарных курсов, организованных одним из региональных онкологических обществ или национальными

организациями пациентов в реабилитационных центрах по всей стране. Реабилитационные услуги включают в себя широкий спектр мероприятий. Более интенсивные и целевые амбулаторные реабилитационные и психосоциальные курсы финансируются главным образом Национальным институтом социального страхования (для лиц моложе 65 лет) или грантами Национальной ассоциации игровых автоматов (65 лет). В 2005 г. Национальный институт социального страхования (KELA) опубликовал первые национальные рекомендации по реабилитации онкологических больных. Они устанавливают содержание и процедуры для мероприятий, финансируемых KELA. Любой поставщик реабилитационных услуг (центр, клиника) имеет возможность подать заявку на финансирование KELA.

Исландия

В настоящее время проводится регулярный дистрессскрининг среди пациентов в поликлинике и онкологическом амбулаторном центре, но нет централизованных реабилитационных услуг. За пределами больницы есть как минимум два центра общей реабилитации, которые предлагают стационарную реабилитацию, состоящую из физической реабилитации и психосоциальной поддержки в течение 2–4 недель. Одна из частных организаций в Рейкьявике в течение последних 5 лет предлагала реабилитационную и вспомогательную программу для людей, больных раком, и их семей, а в исландском онкологическом обществе предлагаются группы поддержки, информационные и консультационные услуги.

Германия

В Германии реабилитация является неотъемлемой частью всеобъемлющей системы социального обеспечения, корни которой относятся к XIX в. Основными источниками финансирования реабилитационных мероприятий стали пенсионные страховые агентства. Под влиянием их заинтересованности в предотвращении досрочного выхода на пенсию и расчета того, что отсрочка досрочного выхода на пенсию в течение трех-четырех месяцев компенсирует средние расходы на четырехнедельную процедуру стационарной реабилитации, Агентство пенсионного страхования инвестировало финансово и играло ключевую роль в развитии реабилитации. Лозунг «реабилитация до выхода на пенсию» (RehavorRente) в двух словах отражает идею реабилитации как превенцию досрочного выхода на пенсию. Основываясь на историческом прошлом немецкой системы социального обеспечения, немецкая реабилитационная система развивалась как особая и независимая система, которая уникальна и отличается от системы во многих других европейских странах, где реабилитационные меры являются частью первичной медико-санитарной помощи. В настоящее время, исходя из социальных законов, немецкие пациенты имеют право на реабилитацию, если они отвечают явным критериям необходимости реабилитации. Реабилитационные мероприятия в основном осуществляются как стационарные программы в специализированных реабилитационных клиниках, в которых работают многопрофильные реабилитационные команды. В настоящее время только около 1% всех мер по реабилитации онкологических больных проводится в амбулаторных условиях. Реабилитационные мероприятия, как правило, продолжаются три недели, сроки реабилитации могут корректироваться врачом-реабилитологом. Во время реабилитации пациенты получают комбинированную междисциплинарную программу помощи, состоящую из физической терапии,

функционального обучения, психологической поддержки, групповых занятий, консультирования по вопросам питания, консультирования по вопросам труда и т. д., в зависимости от функциональных возможностей и потребностей пациента, оцененных перед началом мероприятий.

Нидерланды

В 1980-х гг. голландское правительство создало комплексные онкологические центры с региональными отделениями для улучшения качества онкологической и паллиативной помощи во всей стране. Уход за больными и поддержка пациентов осуществляются в больницах, учреждениях первичной медико-санитарной помощи и специализированных центрах по оказанию психосоциальной помощи. В реабилитации принимают участие психологи, социальные работники, диетологи и физиотерапевты. Финансирование (частично) покрывается национальной системой медицинского страхования. В 1996–1997 гг. была разработана амбулаторная многоаспектная реабилитационная программа под названием «Восстановление и стабильность». Программа рассчитана на 12 недель и включает в себя физическую подготовку (индивидуальное обучение и групповые занятия) 2 раза в неделю с психологической помощью 1 раз в неделю. Эта групповая программа, предназначена для смешанных групп онкологических пациентов и основана на индивидуально разработанных учебных планах. Она направлена на улучшение качества жизни, функционирования и снижения выраженности нежелательных явлений от лечения и самого заболевания. Программа проводится в больницах, реабилитационных центрах и центрах первичной медико-санитарной помощи. В мультидисциплинарную команду включены: специалисты по реабилитации, физиотерапевты, психологи, диетологи и социальные работники. С 2010 г. реабилитация онкологических больных обозначена правительством как структурно финансируемая помощь в национальной системе медицинского страхования.

Таким образом, программы реабилитации больных злокачественными опухолями варьируют от амбулаторных программ, в таких странах, как Швеция, Норвегия и Нидерланды, программ в виде недельных стационарных курсов, в таких странах, как Финляндия, Дания, Исландия, Швеция и Норвегия, до 3-недельных стационарных программ в Германии (Koch, 2004; Koch, 2000).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Психологическая (психосоциальная) реабилитация онкологического больного охватывает процессы психической и социальной адаптации пациента на всех этапах заболевания, включаясь в комплексный процесс восстановления. Многие модели реабилитации онкологического пациента содержат психосоциальный компонент восстановления функций: к примеру, модель Kornblith показывает, что психосоциальная адаптация к онкологическому заболеванию (на психологическом, профессиональном, сексуальном и социальном уровнях) и его лечение зависит от множества переменных, таких как лечебные мероприятия, побочные эффекты от лечения, взаимодействие с врачом/медперсоналом (Kornblith AB, et al., 1998) [39]. Необходимость психотерапевтической интервенции продиктована психотравмирующим характером ситуации онкологического заболевания, распространяющей свое влияние на все сферы

жизни пациента как во время лечения, так и в период ремиссии. Принято считать, что онкологический больной на ранних этапах лечения находится в состоянии дистресса и нуждается в психологической помощи. При этом встает необходимость понимания и дифференцирования групп пациентов с низким и высоким адаптационным потенциалом, учитывая изменчивость психосоциальных потребностей и личного опыта. С этой целью разработаны руководящие принципы, определяющие инструментарий диагностики и меры психосоциальной интервенции. Дистресс определяется как «неприятный опыт эмоционального, психологического, социального или духовного характера, который снижает способность справляться с заболеванием, его физическими симптомами и лечением.

Дистресс включает в себя континуум от нормальных чувств уязвимости, печали и страха до таких состояний, как клиническая депрессия, беспокойство, паника, изоляция и экзистенциальный или духовный кризис» (Distressmanagement: clinicalpracticeguidelines, 2003). В исследовании Ronson A, Body JJ. показано, что значительное количество пациентов в ремиссии обнаруживает тяжелые психические расстройства: посттравматическое стрессовое расстройство; фобические расстройства; психогенную тошноту/рвоту; расстройства адаптации (Ronson A, Body JJ, 2002). Razavi et al. в ряде своих исследований подчеркивают необходимость всесторонней психосоциальной поддержки онкологических больных и их семей с учетом распространенности психосоциальных проблем и психических расстройств, наблюдаемых среди них (Razavi D., 1994; Razavi D. et al., 1995). По его мнению, психосоциальные вмешательства, предназначенные для этой потребности, должны быть разделены на пять категорий: профилактику, раннее выявление, восстановление, поддержку и паллиативную помощь.

Помимо эпидемиологии психических расстройств, также в литературе широко описаны другие факторы, влияющие на потребность пациента в психосоциальной реабилитации: психологическая поддержка (Omne PM et al., 1993), доступность информации о заболевании и лечении (Charavel M. et al., 1997), мультидисциплинарный подход в решении проблемы восстановительного лечения (Deshmane et al., 1995). Ряд исследований эффективности психосоциальной реабилитации (Newell et al., 2002; Andersen et al., 1992; Fawzy et al., 1995) показывает значительное улучшение в психологической и социальной сферах жизни онкологических больных: Gordon et al., используя психообразовательный метод, индивидуальное консультирование и мультидисциплинарный подход (одновременная консультация пациентами с группой специалистов), показали снижение уровня тревоги, повышение уверенности в социальноролевом функционировании и возврат в профессию после лечения для больных раком молочной железы (РМЖ) и меланомой; Cheun et al. с помощью метода прогрессивной мышечной релаксации, аудиотерапии, поддерживающей психотерапии показали снижение уровня тревоги, повышение общего качества жизни в группе пациентов с колоректальным раком; Mische et al. использовали в своей программе реабилитации групповые тренинги и обучение: тренинг по управлению неопределенностью, эмоциями, обучение навыкам общения, с помощью которых добился улучшения когнитивных навыков, изменение отношения к импотенции в группе больных раком предстательной железы (РПЖ); Goodwin et al. пишут о снижении интенсивности болевых ощущений в группе женщин с РМЖ, прошедших программу поддерживающей экспрессивной групповой терапии; Walker et al. говорят об эффективности тренинга

прогрессивной мышечной релаксации, обучения контролю над эмоциональным состоянием, которые посещали пациенты с РМЖ сразу после сеансов химиотерапии, в результате этого отмечается значительное снижение расстройств настроения, ухудшений общего состояния после химиотерапии.

Разнообразие методов и подходов психосоциальной реабилитации позволяет работать с множеством симптомов и расстройств, однако невозможно добиться эффективной психосоциальной реабилитации без мероприятий по улучшению физического состояния – физическое и психосоциальное функционирование так тесно связаны, что сложно говорить об одном, не ссылаясь на другое. Можно с уверенностью сказать, что пациенты, возвращающиеся к физическому функционированию, менее предрасположены к возникновению или развитию тяжелых психических расстройств. Однако при всех прочих условиях одна из центральных задач психосоциальной реабилитации заключается в том, чтобы после завершения лечения страх рецидива и беспокойство за будущее не лишили пациента настоящего.

В качестве примера можно рассмотреть последствия рака молочной железы (РМЖ) – он является наиболее распространенным злокачественным заболеванием у женщин, а лимфогенозная недостаточность верхней конечности после диссекции подмышечных лимфатических узлов и лучевой терапии остается одним из основных долгосрочных осложнений. Пожилой возраст, большой объем операции, диссекция подмышечных узлов, лучевая терапия, послеоперационные осложнения и снижение диапазона движений в плечевом суставе являются значимыми факторами риска лимфогенозной недостаточности. Это состояние может развиваться непосредственно после операции и/или послеоперационной лучевой терапии, а также через несколько месяцев и даже лет спустя. Лимфогенозная недостаточность и низкий уровень физической активности приводят к значительной функциональной, психологической и социальной дезадаптации, снижающей качество жизни пациентов. Соответствующие физические упражнения могут иметь благоприятный эффект в виде улучшения физических функций и качества жизни, у пациентов, ранее получавших химиотерапию и лучевую терапию.

Внедрение программ раннего восстановления сыграло ключевую роль в общей хирургии в течение последних двух десятилетий. Программы раннего восстановления представляют собой концепцию многогранных подходов, направленных на снижение оперативного стресса и послеоперационных осложнений, ускорение выздоровления и улучшение результатов лечения пациентов. Данные программы охватывают все 3 этапа лечения: предоперационный (оценка, предоперационное обучение пациентов и информирование), интраоперационный (минимально инвазивная хирургия, стандартизированная анестезия) и послеоперационный (ранняя послеоперационная мобилизация, раннее пероральное питание, эффективное обезболивание) (Buffart L., 2016).

Физические упражнения и психосоциальные вмешательства признаны важнейшими составляющими реабилитационных мероприятий у больных различными злокачественными новообразованиями, так как улучшают качество жизни и позволяют снизить утомляемость.

Важнейший принцип реабилитации онкологических больных – это мультидисциплинарный, пациент-ориентированный и пациент-центрированный подход. Реабилитация онкологического больного должна начинаться с момента постановки

онкологического диагноза и осуществляться мультидисциплинарной командой, в которой ключевую роль играет сам пациент и его родственники. Реабилитационный диагноз онкологических больных строится на Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья. Программы реабилитационных мероприятий в разных странах значительно варьируют, в зависимости от системы социального обеспечения, в которую они включены, от амбулаторных, в таких странах, как США, Швеция, Норвегия и Нидерланды, до стационарных недельных программ в таких странах, как Финляндия, Дания, Исландия, Швеция и Норвегия, а также 3-недельных стационарных программ в Германии. Однако все еще есть проблемы, которые должны быть решены в ходе предстоящих исследований. Одна из этих проблем касается того, является ли улучшение состояния, регистрируемое во время проведения реабилитационных мероприятий, достаточно стабильным после их окончания. Другой проблемой на сегодняшний день является тот факт, что большинство исследований являются наблюдательными, поэтому для подтверждения полученных результатов необходимо проведение рандомизированных многоцентровых исследований.

Состояние, порождаемое возникновением онкологического заболевания, — это в подавляющем большинстве случаев близкое к предельному нервное психическое напряжение с бесчисленными психоэмоциональными проявлениями. У больных развивается боязнь тяжелых страданий, рецидива заболевания и предопределенности скорого смертельного исхода, опасение инвалидности, состояния острого, хронического или обострившегося одиночества как проявления хронического психосоматического стресса.

Для составления конкретного плана реабилитационных мероприятий следует максимально точно представлять цели реабилитации:

1. Восстановительную, когда предполагается выздоровление без значительной потери трудоспособности.
2. Поддерживающую, когда болезнь заканчивается потерей трудоспособности.
3. Паллиативную, когда при прогрессировании заболевания можно предупредить развитие некоторых осложнений.

Программа восстановительного лечения предусмотрена индивидуально для каждого больного в зависимости от общего состояния, пола, возраста, стадии развития опухоли и ее локализации, гистологического строения, предполагаемых методов лечения, наличия метастазов, прогноза, состояния нервнопсихической сферы больного, социального окружения. С определенной долей условности реабилитацию принято подразделять на медицинскую, социальную, профессиональную.

Реабилитация — завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса больного. В соответствии с концепцией многопрофильного подхода целью реабилитации является интеграция больного в общество. Выделяются следующие основные направления, по которым должны реализовываться многоаспектные реабилитационные мероприятия:

- предупреждение прогрессирования патологического процесса и восстановление здоровья пациентов;
- социальное и психосоциальное восстановление личности;
- раннее возвращение индивида к трудовой деятельности;
- создание необходимых условий для успешной интеграции больных и инвалидов в общество с учетом уровня качества жизни, которое определяется, по мнению Р. К. Кабисова, как свойства, характеристики, процессы и способы существования больного:
 - потребление, переработка пищи;
 - производство потомства, забота о нем;
 - производство предметов, других условий жизнеобеспечения;
 - социокультурологическая деятельность;
 - масса, размеры, химический состав, анатомическое строение;
 - сознание, мышление, свойство познания;
 - чувства, способности, потребности, влечения;
 - функционирование органов и систем, психическая деятельность;
 - принадлежность к нации, классу, иной социальной общности;
 - выполнение определенной социальной роли;
 - направленность, относительная устойчивость, избирательность, инвариантность, иерархия процессов его существования.

Таким образом, при планировании индивидуальной программы реабилитации, прогнозировании качества предстоящей жизни важно исходить из потребностей количественной и качественной реабилитации, междисциплинарных связей и экономических подходов.

Сохранение жизни и/или улучшение ее качества — наиболее важное и первостепенное направление реабилитации больного, которое во многом определяется эффективностью междисциплинарного воздействия специалистов, адекватной и целенаправленной противометастатической терапии, предупреждающей и/или тормозящей прогрессирование опухолевого процесса, и социальной, психосоциальной помощи и поддержки.

Список литературы:

1. Семиглазова Т.Ю., Ключе В.А., Каспаров Б.С., Кондратьева К.О., Крутов А.А., Зернова М.А., Чулкова В.А., Семиглазов В.В. Международная модель реабилитации онкологических больных // МС. 2018. №10.
2. Кабисов Р. К. Философия и методологические основы реабилитации в современной онкологии / Р. К. Кабисов // Реабилитация онкологических больных при функционально-сдающем лечении / Под ред. В. И. Чиссова. — М., 1995. — С. 6—19.
3. Великолуг А. Н., Великолуг Т. И. Междисциплинарный подход в комплексной реабилитации онкологических больных // Экология человека. 2005. №5.
4. Ждан В.Н., Шелешко П.В., Баштан В.П., Шелешко М.С., Шилкина Л.Н. К вопросу о реабилитации онкологических больных
5. Грушина Т. И. Физиотерапия в реабилитации онкологических больных // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2003. №2.
6. Гамеева Елена Владимировна О проблемах регулирования правоотношений, связанных с вопросами финансирования медицинской реабилитации онкологических больных // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. №2.
7. Медицинская реабилитация. Книга 1 / под ред. академика РАМН В.М. Боголюбова. — М.: БИНОМ, 2010. — 416 с.
8. Бурмистрова С.А. Опыт использования комплексной программы реабилитации в лечении постмастэктомического отека верхней конечности: тезисы / С.А. Бурмистрова, Т.А. Сивохина, Т.Г. Золотарева, А.В. Яшков // Материалы 8-го всероссийского съезда онкологов. — Вопросы онкологии. — 2013. — Т. 59, № 3. — С. 1199—1200.
9. Хасанов Р.Ш., Озол С.А., Гилязутдинов И.А., Гатауллин И.Г., Раббаниев И.Ф., Карпенко Л.Г., Кучумова Т.В., Жаворонков В.В., Ахметзянова А.Ф., Кацюба М.С. Современные принципы реабилитации онкологических больных (обзор литературы) // Поволжский онкологический вестник. 2013. №4.