

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.кафедрой: д.м.н., проф. Зуков Р.А.

Руководитель ординатры: к.м.н., доцент Гаврилюк Д.В.

РЕФЕРАТ на тему: «реабилитационные мероприятия у онкологических больных»

Выполнила:

Ординатор 2 года по специальности онкология

Смбатян Дарья Гарегиновна

Красноярск 2022

Содержание

Введение

1. Особенности проведения реабилитационных мероприятий у онкологических больных
2. Цели реабилитации
3. Компоненты реабилитации
4. Этапы реабилитации
5. Санаторно-курортное лечение онкологических больных
6. Реабилитация после химиотерапии

Заключение

Введение

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

1. Особенности проведения реабилитационных мероприятий у 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 общепатологические 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 T1-2NoMo 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 гастростомой, обструктивная резекция толстой кишки с колостомой.

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.

2. 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.

3. 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 местноперемещенными 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 синтетическом 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.

4. Этапы реабилитации

1. Подготовительный /предлечебный/

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.

На этом этапе особое внимание должно быть сосредоточено на нормализации общего состояния организма, коррегирующей терапии сопутствующей патологии и на профилактике послеоперационных осложнений.

Производится выбор наиболее эффективного метода специального лечения (или их комбинации) с позиций радикализма и максимального сохранения анатомо-функционального состояния пораженного органа или части тела.

Для уменьшения риска развития осложнений противоопухолевой терапии также проводится соответствующая подготовка больного (медикаментозная, психотерапевтическая, лечебная физкультура (ЛФК)).

2. Лечебный /основной/

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. Основными реабилитационными мероприятиями являются обеспечение минимального повреждения здоровых тканей организма, за счет выполнения органосохраняющих и пластических операций, проведение адекватного анестезиологического пособия. При химиолучевом лечении одновременно проводится профилактика ранних и поздних осложнений.

3. Ранний восстановительный /послеоперационный/

Его задачей является получение оптимального лечебного эффекта и скорейшее восстановление жизнедеятельности организма больного. Проводится комплекс лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на профилактику и лечение послеоперационных осложнений, ранних лучевых реакций, нейтрализацию побочных эффектов химиотерапии, адаптацию к неустраняемым дефектам. С этой целью уже начинают более широко использовать физические методы реабилитации (ЛФК, массаж),

физиотерапию.

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 учётом 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 корригирующие операции, шлифовку рубцов и т. д.

Основной задачей этого этапа является компенсация и восстановление дефектных функций организма. Реабилитационные мероприятия могут проводиться параллельно с противорецидивным лечением.

В этом периоде используется весь арсенал методов медицинской реабилитации (реконструктивно-восстановительные операции и протезирование, медикаментозный и физические методы, психотерапия, диетотерапия, трудотерапия).

В дальнейшем, по мере компенсации функциональных расстройств и адаптации пациента к имеющимся дефектам, ведущая роль в реабилитационном процессе отводится социальной и профессиональной реабилитации.

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.

Основными задачами ВТЭ совместно с онкологами является установление степени утраты трудоспособности онкологического больного, причин и времени наступления инвалидности, определении для инвалидов условий и видов труда, а также мероприятия по восстановлению их трудоспособности /профессиональное обучение, переквалификация, восстановительное лечение, протезирование, обеспечение средствами передвижения/.

5. 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.

6. 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 особенный 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.

Реабилитация после химиотерапии в санаториях

Реабилитация после химиотерапии в санатории является неотъемлемой мерой на пути борьбы с заболеванием. Во многих санаториях разрабатывают целые профильные программы восстановления после химиотерапии, рассчитанные не только на укрепление физического здоровья, но и психического. Смена окружения, забота, общение с людьми с такой же проблемой позитивно сказываются на внутреннем состоянии человека, укрепляется дух, появляется тяга к жизни.

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-сдающим и комплексном лечении - многоэтапный процесс, восстановительный по сути и содержащий несколько важнейших компонентов - реконструктивно-пластический, ортопедический, социально-трудовой. Процесс реабилитации должен носить непрерывный характер. Только так можно добиться успеха в восстановлении участия онкологического больного в активной жизни.

Список литературы

1. Новиков Г. А. Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным. - М., 2004. с. 35-37
2. Санаторно-курортное лечение в реабилитации онкологических больных. Угляница К.Н., Луд Н.Г., Угляница Н.К.