

Тема: Сестринская деятельность и сестринский процесс в реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями

Основные принципы реабилитации онкологических больных

В широком понимании реабилитация — это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, ведущих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

Сущность медицинской реабилитации заключается в восстановлении утраченных или ослабленных функциональных и психологических особенностей больного, развитии компенсаторных механизмов посредством хирургического, медикаментозного, физического методов лечения, психотерапевтического воздействия, рационального протезирования, трудотерапии.

Различают следующие цели медицинской реабилитации:

1. восстановительная — когда предполагается выздоровление пациента без значительной потери трудоспособности;
2. поддерживающая — болезнь заканчивается потерей трудоспособности, но ее можно уменьшить адекватным лечением;
3. паллиативная — предупреждение развития некоторых осложнений (пролежни, контрактуры, психические расстройства) при прогрессировании заболевания.

Эти цели, учитывая неопределенность прогноза у онкологических больных, могут меняться во время лечения и последующего диспансерного наблюдения.

Реабилитация онкологического больного представляет собой процесс, который должен начинаться до применения того или иного лечения и продолжаться всю оставшуюся жизнь (раннее начало, непрерывность, преемственность). Больным с различными злокачественными новообразованиями реабилитация осуществляется поэтапно по индивидуально разработанной для каждого пациента программе в зависимости от его состояния, пола, возраста, стадии развития и локализации опухоли, предполагаемых методов лечения, состояния нервно-психической сферы больного, трудовой направленности, профессии и условий труда (индивидуальность). В определении объема и целей реабилитации должны принимать участие онкологи, психологи, физиотерапевты, протезисты и другие специалисты (комплексность).

Вне зависимости от нозологической формы и локализации опухоли выделяют следующие этапы медицинской реабилитации онкологических больных.

1. Подготовительный этап. Подразумевает выбор наиболее эффективного хирургического, лучевого, лекарственного, комбинированного либо комплексного лечения больного по радикальной программе, которое максимально сохранило бы анатомию и функцию пораженного органа или части тела. На этом этапе проводится подготовка больного к специальным методам лечения, позволяющая уменьшить риск развития осложнений противоопухолевой терапии (медикаментозный, психотерапевтический, физиотерапевтический методы, ЛФК).

2. Лечебный этап. Заключается в проведении основного курса противоопухолевого лечения с обоснованно минимальными повреждениями здоровых тканей организма. Основными реабилитационными мероприятиями

являются выполнение органосохраняющих и реконструктивно-восстановительных операций, проведение адекватного анестезиологического пособия.

3. Ранний восстановительный этап. Подразумевает определение и реализацию комплекса лечебно-восстановительных мер, направленных на получение оптимального лечебного эффекта и скорейшее восстановление жизнедеятельности больного. Основные реабилитационные мероприятия заключаются в профилактике и лечении общих и местных послеоперационных осложнений, ранних лучевых реакций, побочных эффектов химиотерапии. С этой целью более широко используют физические методы реабилитации (ЛФК, массаж, некоторые виды низкочастотной электротерапии).

4. Поздний восстановительный этап. Реабилитационные мероприятия проводятся в виде самостоятельных курсов или же параллельно с противорецидивным лечением. Основной задачей этого этапа является компенсация и скорейшее восстановление дефектных функций организма. 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.

Реабилитация онкобольных при злокачественных опухолях головы и шеи

Уродующие деформации лица — образуются после удаления большинства опухолей челюстно-лицевой области. Ведущим методом реабилитации данного контингента больных является реконструктивно-восстановительная и пластическая хирургия. Оптимальным считается выполнение восстановительных операций одновременно с удалением опухоли. Для ликвидации обширных дефектов челюстно-лицевой области (резекция верхней челюсти, экзентерация глазницы, удаление ушной раковины и т. д.) можно также использовать сложное этапное челюстно-лицевое протезирование.

Нарушения речи и голосовой функции — развиваются вследствие удаления органов полости рта, участвующих в артикуляции, частичного или полного удаления гортани, а также повреждения нервов (лицевого, возвратного, блуждающего, языкоглоточного, подъязычного). Реабилитационные мероприятия включают дыхательную гимнастику, артикуляционную гимнастику для языка и губ, тренировку мышц шеи и глотки с целью обучения выталкиванию воздуха из полости рта и глотки, обучение псевдоголосу. Мимико-артикуляционную гимнастику начинают на 7-8-е сут после операции (при неосложненном течении послеоперационного периода). При устранении обширных послеоперационных дефектов челюстно-лицевой зоны протезами фонопедическую работу проводят с 14-18-х сут. Логовосстановительное лечение после операций на гортани начинают после удаления носопищеводного зонда (при отсутствии фарингостомы). К заключительному обучению звучной речи у логопеда после экстирпации гортани приступают спустя 1-1,5 мес. Лучевая терапия до середины курса не является препятствием обучению речи. С целью оптимизации условий для восстановления голосовой функции после ларингэктомии применяют методы реконструктивно-восстановительной хирургии (трахеоглоточное и трахеопище-водное

шунтирование), в том числе с использованием специальных протезов. Наиболее простым методом восстановления речеобразования является использование голосовых аппаратов.

Повреждения черепно-мозговых нервов и их отдельных ветвей — развиваются в результате прямого повреждения нерва ранящим инструментом, контузии вследствие его натяжения, сдавления отечными тканями или послеоперационным рубцом. Лечение нейропатий заключается в проведении противовоспалительной, дегидратационной, рассасывающей, улучшающей микроциркуляцию терапии, целенаправленной лечебной физкультуры. После радикального удаления опухолей в систему реабилитационных мероприятий включают электростимуляцию и низкочастотную магнитотерапию. При стойком параличе мимической мускулатуры выполняют пластические операции (миорезекцию, комбинированную мио- и фасциопластику, статическое подвешивание парализованных участков частей лица).

Нарушение целостности пищевого тракта — наблюдается после экстирпации местно-распространенных опухолей гортани или в результате нагноения раны с образованием обширных дефектов мягких тканей шеи. Восстановление целостности и функции пищевода осуществляют путем реконструктивно-восстановительных операций (эзофагофарингопластика). Наилучшим пластическим материалом при этом типе операций являются кожно-мышечные лоскуты на питающей сосудистой ножке (пекторальный лоскут и др.). При больших циркулярных дефектах слизистой оболочки глотки с целью их устранения обосновано использование висцеральных лоскутов на микрососудистых анастомозах (участок тонкой кишки или желудка).

Хондроперихондрит гортани — обычно может развиваться после хирургической травмы или вследствие лучевого повреждения хрящей гортани. Клинически проявляется болями в горле, огрублением голоса, запахом изо рта, сглаженностью контуров гортани и болезненностью при ее пальпации. На рентгенограмме отмечается увеличение массива гортани в целом или отдельных ее частей, сужение просвета. При отсутствии лечения и активного динамического наблюдения хондроперихондрит может приводить к стенозу гортани. Лечение заключается в проведении интенсивной противовоспалительной терапии (антибиотики, обезболивающие средства, стероидные и нестероидные противовоспалительные препараты, ингаляционная терапия). При нарастании дыхательной недостаточности показана трахеостомия.

Рубцовый стеноз гортани (трахеи и трахеостомы) — тяжелое осложнение после частичных резекций или экстирпации гортани. Лечение рубцовых стенозов хирургическое. При выборе метода следует отдавать предпочтение лазерной хирургии с использованием эндоскопической техники. При декомпенсированном стенозе необходимо срочное выполнение реконструктивной операции или ношение хронической трахеостомической трубки.

Хронические бронхолегочные заболевания — развиваются вследствие попадания в трахею неувлажненного холодного запыленного воздуха через трахеостому. Для предупреждения трахеобронхита в предоперационном и послеоперационном периодах назначается санирующая ингаляционная терапия с литическими лекарственными смесями. По показаниям проводится целенаправленная антибактериальная терапия.

Реабилитация онкобольных с раком легкого

Полное или частичное удаление легкого снижает функциональные возможности органов дыхания. Стойкая компенсация функциональных расстройств за счет включения приспособительных механизмов оставшегося легкого, сердечно-сосудистой системы и других органов наступает в сроки 3-6 мес после частичных резекций и 4-8 мес после пульмонэктомий. С целью активации компенсаторных механизмов в пред- и послеоперационном периоде проводится дозированная лечебная физкультура, дыхательная гимнастика, ингаляционная терапия (муколитические, антибактериальные, бронхолитические препараты), оксигенотерапия, назначаются отхаркивающие микстуры, бронхо- и коронарорасширяющие средства.

К моменту выписки из стационара пациент должен усвоить основные упражнения лечебной физкультуры и получить инструкцию об объеме и характере ее проведения в домашних условиях. Важная роль в реабилитации больных раком легкого отводится терапии сопутствующей легочной патологии (хронический бронхит, эмфизема легких и др.).

Хроническая эмпиема плевры — развивается вследствие инфицирования плевральной полости. По патогенезу хроническая эмпиема может быть открытой (поддерживается бронхо-, пищеводно-плевральным или плевро-кожным свищом) и закрытой (поддерживается хондритом, остеомиелитом ребер, инородным телом и нечувствительной к применяемым антибактериальным средствам микрофлорой). Заболевание протекает с периодами обострений и ремиссий, которые сменяют друг друга и приводят в итоге к легочно-сердечной недостаточности, амилоидозу внутренних органов.

Лечение хронической эмпиемы плевры преимущественно хирургическое. Положительное действие на заживление бронхиальных свищей оказывает локальная лазеротерапия, проводимая одновременно с санацией бронхиального дерева.

Лучевые повреждения легких. Протекают остро, подостро и хронически. Острое течение характеризуется кашлем с небольшим количеством трудноотделяемой мокроты, болью в груди, одышкой, преимущественно экспираторного характера, и подъемом температуры тела. Аускультативно определяются жесткое дыхание и сухие хрипы. Для поздних лучевых повреждений характерно несоответствие скудных клинических проявлений обширным рентгенологическим изменениям в легких.

Основными лечебными мероприятиями являются целенаправленная антибактериальная терапия, назначение антикоагулянтов, ингаляции с бронхолитическими смесями и отхаркивающими средствами, дыхательная гимнастика. Для предупреждения пневмосклероза назначают кортикостероиды. Наилучший эффект может быть получен при включении в систему комплексного лечения ингаляций 5-25% раствора ДМСО, низкочастотной магнитотерапии. При излеченности опухолевого процесса давностью 5 и более лет лечебный эффект ингаляций можно усилить проведением электрофореза 10% раствора ДМСО на проекцию наибольших изменений в легких. Продолжительность лечения лучевых пульмонитов составляет 4-6 нед, поздние лучевые фиброзы требуют проведения 2-3 курсов с интервалом в 3-4 мес. При развитии легочно-сердечной недостаточности проводят соответствующее лечение (гликозиды, эуфиллин, диуретики и т. д.).

Реабилитация онкобольных с раком желудка

Ведущее место в реабилитации больных раком желудка принадлежит хорошо сбалансированному лечебному питанию, способствующему адаптации физиологических и биохимических систем организма к новым условиям пищеварения. Первые 2-3 мес после операции необходимо 5-6-разовое питание с интервалом между приемами пищи 2,5-3 ч: среднее количество однократно принимаемой пищи не должно превышать 500 г. Целесообразно разнообразное высококалорийное питание с большим количеством белка (до 140-160 г), ограничением легкоусвояемых углеводов (до 300-350 г) и животных жиров (до 100-110 г). Исключается острое и жареное. Через 4-6 мес (иногда 10-12 мес) после субтотальной резекции желудка больные переводятся на четырехразовый пищевой режим.

Лица, перенесшие гастрэктомию, должны питаться часто в течение не менее 1-2 лет. В течение 2-3 лет по показаниям должна проводиться коррекция метаболических расстройств. Наряду с диетотерапией применяют парентеральное питание (аминокислотные смеси, белковые препараты, жировые эмульсии, концентрированные растворы глюкозы), витаминотерапию (С, В, В6, В12), малые дозы гормональных препаратов (преднизолон, инсулин), анаболические стероиды (ретаболил, неробол). Вследствие имеющегося гипо-или ацидного состояния и послеоперационной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы необходимо проведение заместительной терапии (желудочный сок или ацидинпепсин по 0,25-0,5 г 2-3 раза в день во время еды, панкреатин по 0,5-1 г 3-4 раза в день во время еды, фестал и др.). В систему реабилитационных мероприятий целесообразно включение лечебной физкультуры, дыхательной гимнастики, электросна, КВЧ-терапии, бальнеолечения, психотерапии. Первый курс восстановительного лечения следует начинать через 1-1,5 мес после операции.

Демпинг-синдром. Характеризуется развитием вазомоторных, кишечных и нервно-психических симптомов (резкая общая слабость, чувство жара, потливость, головокружение, головная боль, тошнота, рвота, одышка, сердцебиение, спастические боли в животе). Течение демпинг-синдрома носит приступообразный характер. Для лечения демпинг-синдрома наряду с диетотерапией, парентеральным питанием и витаминотерапией назначают холинолитики (метацин по 0,002-0,005 г 2-3 раза в день, атропина сульфат по 0,00005 г 2-3 раза в день, платифиллин по 0,003-0,005 г 2-3 раза в день) и ганглиоблокаторы (бензогексоний по 1-2 мл 2,5 % раствора внутримышечно 1-2 раза в день), а также седативную терапию (транквилизаторы, электросон), бальнеолечение. После приема пищи больным рекомендуют отдых в течение 30-40 мин.

Синдром приводящей петли. Развитие этого синдрома связано с нарушением эвакуации содержимого кишки (приводящей петли). Клиническая картина характеризуется постоянными неприятными ощущениями в эпигастральной области, правом подреберье и приступами боли, возникающими через 2-3 ч после приема пищи, сопровождаемыми тошнотой, отрыжкой, чувством горечи во рту, рвотой желчью или содержимым с примесью пищи. Лечение заключается в дробном питании и ограничении приема жирной пищи. После еды больным следует рекомендовать отдых в положении на левом боку.

Гипогликемический синдром. Развитие синдрома обусловлено фазным колебанием уровня сахара в крови, связанным с нарушением всасывания углеводов и расстройством углеводного обмена. Фаза гипергликемии кратковременна и

возникает сразу после еды с употреблением пищи, содержащей большое количество сахара, или вскоре после приема пищи. У больных появляются покраснение лица, усиленное слюноотделение, потливость, боли в животе. Через 2-3 ч развивается фаза гипогликемии, которая клинически характеризуется резкой слабостью, потемнением в глазах, головокружением, дрожанием конечностей, болями в области сердца, чувством страха. Больным необходимо обеспечить частое, дробное питание с ограничением углеводов. На высоте приступа (гипогликемическая фаза) показан прием небольших количеств углеводов. В комплекс реабилитационных мероприятий целесообразно включать седативные средства и бальнеотерапию.

Пострезекционная (агастральная) анемия. В патогенезе пострезекционных анемий участвует ряд факторов: ахлоргидрия, недостаточность всасывания витамина В12 вследствие отсутствия фактора Касла, нарушение всасывания железа и изменение белкового обмена. Развитие нарушений связано с затруднением поступления железа в организм естественным путем, которое обусловлено частичным или полным удалением органа (желудка), играющего одну из ключевых ролей в этом процессе. Лечение заключается в длительном приеме одного из препаратов железа (ферро-градумент — 1 таблетка 1 раз в день, ферроплекс или феррокаль по 1 драже 3-4 раза в день, феррум Лек и др.), которые назначаются совместно с соляной и аскорбиновой кислотой, витамином В12 (по 100 мкг внутримышечно через день), фолиевой кислотой (5-10 мг в сутки). При парентеральном введении препаратов железа необходимость в назначении соляной кислоты и витаминов отпадает.

Рефлюкс-эзофагит. Характеризуется воспалением слизистой оболочки нижнего сегмента пищевода, обусловленным частым забросом кислого содержимого резецированного желудка в пищевод. Основными симптомами являются жжение (саднение) за грудиной и в подложечной области, изжога, срыгивание, усиливающиеся при наклоне туловища и исчезающие после приема антацидов. Для лечения используют антациды, обволакивающие и вяжущие средства, стимуляторы репаративных процессов, КВЧ-терапию. После радикального лечения начальных форм рака желудка допустимо применение локальной лазеротерапии. Больным с тяжелым эзофагитом необходимо проведение фиброгастроскопии не реже 1 раза в 2-3 мес для своевременной диагностики развития рубцовых изменений в области анастомоза. При выявлении формирующейся стриктуры комплексное лечение эзофагита целесообразно дополнить бужированием.

Постгастрорезекционная астения. Проведенное травматическое лечение и развивающиеся после операции функциональные расстройства являются благоприятной почвой для формирования специфического синдрома агастральной астении, который проявляется повышенной утомляемостью, чувством хронической усталости, ослаблением внимания, памяти, депрессивными переживаниями. В программу реабилитации при астении следует включать активизирующие методы (лечебная физкультура, аутогенная тренировка), психофармакотерапию (антидепрессанты, активизирующие транквилизаторы), бальнеолечение. Корректирующие лечебные мероприятия после операций по поводу рака желудка необходимо проводить амбулаторно в виде 1-1,5-месячных курсов 2-3 раза в год в течение 1,5-2 лет с акцентом на ведущий синдром. При выраженной степени постгастрорезекционных расстройств лечение проводится в стационаре.

Реабилитация онкобольных с раком молочной железы

Косметический дефект образуется вследствие удаления всей молочной железы или ее значительной части. Основными методами его устранения являются различные варианты маммопластики, эндо- и экзопротезирования. У больных с ранними стадиями рака молочной железы определенные преимущества имеют пластические операции.

Поздние лимфатические отеки верхней конечности. Основной причиной возникновения является нарастающая недостаточность лимфооттока от верхней конечности вследствие хирургического удаления регионарного лимфаденаппарата и развития поздних лучевых изменений в мягких тканях подмышечной и подключичной областей.

Медикаментозная терапия вторичного хронического лимфатического отека включает назначение препаратов, улучшающих периферическое крово-, лимфообращение и микроциркуляцию (цикло-3-форт по 1 капсуле 3 раза в день в течение 3 мес, сульфокамфокаин по 2 мл внутримышечно в течение 15 дней, компламин по 0,5-5 мл внутримышечно ежедневно в течение 10 дней с последующим приемом таблетированного препарата по 0,15 г 3 раза в день в течение месяца, фраксипарин; местно назначаются венорутоновая, троксевазиновая мази). Физические методы лечения включают периодическую элевацию конечности, ношение компрессионных эластических рукавов, «отсасывающий» ручной массаж, пневмомассаж, лечебную физкультуру. Больным, закончившим радикальное лечение ранних стадий рака молочной железы, допустимо проведение электростимуляции мышц плечевого пояса, магнито- и лазеротерапии. Назначается 2-3 курса лечения с интервалом 3 и 6 мес, с последующим проведением поддерживающей терапии. При отсутствии эффекта от консервативной терапии (нарастание отека) и лечении развитых степеней лимфедем показаны хирургические вмешательства (лимфодренирующие операции, флеболит, частичные резекции и радикальное удаление лимфоматозно-измененной клетчатки) с последующим проведением консервативного лечения. Профилактика вторичного отека заключается в занятиях лечебной физкультурой, проведении душа-массажа конечности (38-40°C), ограничении нагрузки на руку до 3 кг, предупреждении рецидивирующего рожистого воспаления (предохранение от микротравм конечности, бициллинопрофилактика).

Контрактура плечевого сустава. Является следствием рубцовых процессов, приводящих к сморщиванию суставной сумки, и артроза плечевого сустава. Наблюдается чаще у больных, которым не проводилась адекватная реабилитация в послеоперационном периоде. Основным методом профилактики и лечения контрактуры является регулярная ежедневная дозированная лечебная физкультура. В комплекс лечебных мероприятий следует включать нестероидные противовоспалительные препараты и низкочастотную магнитотерапию.

Шейно-плечевая плексопатия. Развивается в результате повреждения нервных стволов во время операции и постлучевого фиброза тканей, окружающих нервное сплетение. Клинически проявляется моторными нарушениями, вплоть до паралича передней зубчатой и трапециевидной мышц на стороне поражения, потерей кожной чувствительности и болевым синдромом. Лечение многокурсовое комплексное (витамины В, и В6, компламин, индометацин, магнитотерапия, электростимуляция). При выраженном болевом синдроме проводятся лекарственные блокады плечевого сплетения. Отсутствие эффекта от

консервативного лечения является показанием к выполнению невролиза ветвей плечевого сплетения.

Реабилитация онкобольных с раком ободочной и прямой кишки

Колостома. Наиболее тяжелое по своим социальным, психологическим и функциональным исходам последствие лечения рака прямой и ободочной кишки. Значительная психологическая травма, обусловленная осознанием высокой вероятности калечащего характера операции, требует проведения в предоперационном периоде психопрофилактической подготовки больного к возможному наложению противоестественного заднего прохода.

До операции необходимо в полной мере информировать больного о способах регуляции опорожнения кишечника и правилах пользования калоприемником. После экстирпации прямой кишки с наложением постоянной колостомы больные нуждаются в непосредственном обучении методам регуляции кишечной перистальтики, ирригации ободочной кишки, применению калоприемников и пневмообтураторов. Одним из простых и эффективных методов регуляции перистальтики кишечника является диетотерапия. Наиболее рационален метод трехразового питания через постоянные интервалы времени. Для эффективного управления актом дефекации следует подбирать индивидуальную диету. Перераспределение объема дневного рациона позволяет добиться дефекации в определенное время. Нормальным следует считать 1-3-кратное опорожнение, следующее порционно, приблизительно в одно и то же время, продолжительностью 30-60 мин. Таким больным можно рекомендовать отказ от калоприемника и использование ватно-марлевой повязки или обтуратора для плоской колостомы.

В случае недостаточной эффективности диетотерапии назначают медикаментозное лечение в зависимости от моторики кишечника. При тенденции к запорам показаны чередование слабительных (настой листьев сенны, кора крушины, ревеня и т.д.) с диетой, содержащей много клетчатки, физические упражнения, направленные на укрепление мышц брюшного Пресса. При склонности к диарее, чаще всего обусловленной сопутствующим колитом, назначают антибактериальную терапию, активированный уголь по 0,5 г 3-4 раза в день, нитрат висмута по 0,5 г 3 раза в день, обязательно в сочетании с соответствующей диетой (рис, черника, настой шиповника, чай, кофе). С целью уменьшения запаха фекальных масс внутрь применяют аспирин, викаир, викалин.

Важнейшим требованием к модели используемых больными калоприемников является надежный герметизм между колостомой и собирающим устройством. При этом следует учитывать изменение упитанности больного; это требует периодической адаптации калоприемника или модификации модели изделия. Для повседневного применения в домашних условиях наиболее оптимальны одноразовые облегченные пластиковые калоприемники на прилипающей основе. С целью профилактики и лечения мацерации кожи вокруг колостомы рекомендуется систематическое (3-4 раза в день) обмывание кожи вокруг нее растворами мыла, фурацилина, перманганата калия и т.д., с последующим наложением мягкой повязки, смоченной растительным маслом.

При развитии осложнений со стороны колостомы (параколостомические грыжи, выпадение престомального участка ободочной кишки, рубцовые стриктуры колостомы, свищи брюшной стенки) выполняют пластические операции. Наиболее

эффективным методом реабилитации больных, с колостомой после радикального лечения осложненных форм колоректального рака является выполнение реконструктивно-восстановительных операций, направленных на ликвидацию стомы и восстановление естественного пассажа по толстой кишке.

Нарушения функции кишечника. Обусловлены нарушением моторной функции толстой кишки, изменениями микрофлоры кишечника, отсутствием резервуарной функции низведенной кишки. Проявляются хроническим запором, диареей, которая в тяжелых случаях приводит к нарушению водно-электролитного баланса, снижением массы тела, болезненностью кишки при пальпации, многомоментным актом дефекации. Лечение направлено на нормализацию стула путем адекватно скорректированной диеты (№ 2 и № 4). Необходим прием препаратов, используемых при дисбактериозе кишечника (энтеросептол, левомицетин, мексаформ, интестопан, бифидумбактерин, лактобактерин и др.). При воспалительных изменениях в кишечнике, явлениях анастомозита целесообразны высокие клизмы с 0,5% раствором новокаина по 100,0 и 0,2 % раствором фурацилина по 100,0 (после стула) и очистительные клизмы в течение 5-7 дней подряд.

Рубцовое сужение анастомоза. С целью устранения рубцовых стриктур при отсутствии воспаления вокруг кишечной стенки осуществляют бужирование колоректального анастомоза эластическим бужем или электрохирургическую реканализацию с визуальным контролем. Бужирование проводят ежедневно на протяжении 4-5 нед. В течение последующего месяца процедуры осуществляют 2-3 раза в неделю. Бужирование дополняют мероприятиями, направленными на облегчение опорожнения кишечника и профилактику инфицирования микротрещин рубцового сужения (витаминотерапия, мягкодействующие слабительные, промывание кишечника антисептическими растворами, применение средств, уменьшающих газообразование, и т.д.). Лечение сужения колоректального анастомоза проводят сразу после его диагностики во избежание развития частичной и полной кишечной непроходимости.

Недостаточность сфинктеров прямой кишки. Часто развивается после брюшно-анальной резекции с низведением сигмовидной кишки, несколько реже — после передней резекции прямой кишки. Обычно в 50% случаев функция замыкательного аппарата полностью восстанавливается по истечении 6-12 мес. Функциональная недостаточность анального жома устраняется путем электростимуляции мышц промежности и сфинктеров прямой кишки.

Нарушение самостоятельного мочеиспускания. Развивается в результате операционной травмы парасимпатической иннервации мочевого пузыря, травматического перицистита и патологической импульсации из раны. Лечение включает катетеризацию мочевого пузыря, прием уросептиков, инъекции прозерина, витаминов В, и В6, магнитотерапию, электростимуляцию мочевого пузыря.

Сексуальные расстройства. Большинство мужчин, перенесших экстирпацию прямой кишки, страдает снижением половых функций или импотенцией функциональной природы, поэтому в систему реабилитационных мероприятий следует включать лечение у психотерапевта и сексопатолога.

Поздние лучевые повреждения кишечника. Первый признак лучевых повреждений кишечника — дискомфорт, который проявляется упорными запорами или частым жидким стулом с ложными позывами, которые сопровождаются

различной интенсивности болями в животе и тошнотой. При эрозивно-десквамативной и язвенно-некротической форме могут иметь место периодические или постоянные геморрагии, приводящие к развитию вторичной анемии. При отсутствии лечения нарастание патологических лучевых изменений в стенке кишечника приводит к образованию ректовезикальных или ректовагинальных свищей, а также к рубцеванию поврежденного сегмента кишки, вплоть до его стеноза.

Местное лечение лучевых повреждений кишечника должно быть направлено на стимуляцию репаративных процессов и устранение воспалительных явлений. С этой целью назначаются очистительные клизмы теплым раствором отвара ромашки, введением внутрикисечно 50-75 мл 5% раствора ДМСО с 30 мг преднизолона, 0,05% раствора этония, масляные микроклизмы 10% метилурациловой мази, картолина или масла шиповника и т. п. В случаях выраженной геморрагии лечение начинают с микроклизм 0,5% раствора перекиси водорода или 5% раствора аминокaproновой кислоты. При выраженном болевом синдроме в прямой кишке целесообразно назначение ректальных свечей, содержащих метилурацил, новокаин, анестезин, платифиллин и преднизолон.

Общее лечение включает ферментные и бактериальные препараты, антибактериальную терапию. Больным с эрозивно-десквамативными и язвенно-некротическими формами лучевых энтероколитов проводится корригирующая гемостаз (викасол, аминокaproновая кислота, этамзилат) и антианемическая терапия (препараты железа). С целью обеспечения функционального покоя кишечнику назначают полное или частичное парентеральное питание (от 1 до 4 нед) на фоне применения анаболических стероидов. Лечение лучевых повреждений кишечника должно проводиться стационарно в течение 4-6 нед с последующим повторением в зависимости от его эффективности. При ректальных свищах диаметром более 2 см и развитии лучевых стенозов следует своевременно проводить хирургические вмешательства (формирование противоестественного заднего прохода), позволяющие улучшить качество жизни больных.

Реабилитация онкобольных при злокачественных опухолях мочеполовых органов

Посткастрационный синдром. Развивается у 50-80% больных после удаления яичников. Включает вегетативно-сосудистые, нервно-психические и обменно-эндокринные нарушения. Клинические проявления развиваются обычно через 2-3 нед после овариэктомии (или лучевой кастрации) и достигают полного развития через 2-3 мес и более.

В первые два года преобладают нейровегетативные нарушения. В дальнейшем возрастает частота обменно-эндокринных расстройств. Тяжелое течение наблюдается в 25% случаев. Уменьшить выраженность клинических проявлений посткастрационного синдрома позволяют применение витаминов (РР, С, В1, В6), психофармакологических средств (транквилизаторы, антидепрессанты), гормонотерапии, препаратов кальция, психотерапии и электросна.

Внутрибрюшной лучевой фиброз. Клинически проявляется симптомами сдавления органов забрюшинного пространства, в первую очередь мочеточников и лимфатических сосудов. По мере прогрессирования фиброза и вовлечения в процесс мочеточников формируется уретерогидронефроз с последующим развитием хронической почечной недостаточности. Вторым по тяжести симптомом является лимфатический отек нижних конечностей и наружных половых органов.

Лечебные мероприятия включают микроклизмы, инсталляции в мочевой пузырь и эндоректальный ультрафонофорез 5, 10, 15% раствора ДМСО с дексаметазоном (4 мг на 50 мл ДМСО) в течение 3-4 нед, пресакральное введение 100-150 мл 0,25% раствора новокаина с лидазой (64 ЕД) и преднизолоном (30 мг). Для лечения вторичной лимфедемы нижних конечностей используют препараты венотонического действия, антиагреганты, пневмомассаж, лечебную физкультуру. Прогрессирование отека и развитие индуративных изменений в тканях конечности являются показанием к выполнению лимфодренирующих и различного вида резекционных операций.

Лучевые повреждения мочевого пузыря. Ведущими клиническими симптомами ранних и поздних лучевых повреждений мочевого пузыря являются дизурические расстройства и боль. В ряде случаев (поздняя лучевая язва, ректовагинальный или ректовезикальный свищ) может иметь место гематурия. При отсутствии лечения поздние лучевые повреждения могут приводить к развитию вторично-сморщенного мочевого пузыря. Лечение лучевых циститов включает целенаправленную антибактериальную терапию, внутрипузырные инсталляции 10% эмульсии дибунола и теплых антисептических растворов (риванол, фурацилин, препараты азотнокислого серебра), стимуляцию репаративных процессов (витаминотерапия, внутрипузырные инсталляции метилурацила), назначение спазмолитических и обезболивающих препаратов. Для профилактики развития сморщивания мочевого пузыря осуществляют инсталляции в мочевой пузырь 3-5% раствора ДМСО с добавлением 15 мг преднизолона. Профузная гематурия является показанием к хирургическому вмешательству (электрокоагуляция, перевязка внутренних подвздошных артерий, экстирпация мочевого пузыря с применением одного из видов пересадки мочеточников). Восходящий пиелонефрит. Развитию пиелонефрита способствует хроническое инфицирование через имплантированные на кожу или в просвет кишечника мочеточники. Основными методами профилактики этого осложнения являются тщательное динамическое наблюдение за состоянием мочевыводящих путей, своевременное применение антибактериальной терапии, периодическое промывание мочевых путей от скапливающейся слизи и мочевых солей (раствор фурацилина 1:5000, 1% раствор питьевой соды, физиологический раствор и др.). Нарушения сексуальной функции. У подавляющего большинства пациентов, перенесших лечение по поводу злокачественных опухолей мочеполовой сферы, имеются нарушения потенции. При психогенном характере нарушений показано лечение у психотерапевта и сексопатолога.

Реабилитация онкобольных при злокачественных опухолях костей и мягких тканей

Утрата конечности. Это наиболее тяжелое последствие лечения сарком опорно-двигательного аппарата. Основной метод реабилитации таких больных — адекватное протезирование. При ампутации бедра или голени оптимально этапное функциональное протезирование. Одновременно с подготовкой к протезированию осуществляют программу физической реабилитации (фантомно-импульсивная гимнастика, упражнения, поддерживающие или восстанавливающие объем движений в суставах и укрепляющие оставшуюся мускулатуру конечности).

Для сведения к минимуму возможных осложнений со стороны опорной части культи конечности следует обучить больного уходу за кожей культи и

местами давления протеза на конечность (использование специальных многоразовых профилактических прокладок, нанесение мазей «Тегадерм», «Акудерм» и др.). Основной целью протезирования верхней конечности является поддержание статики пояса верхних конечностей и косметический эффект. За рубежом разработаны и в ряде случаев используются сложные микроэлектрические протезы верхней конечности.

Фантомные ощущения и боли. Развиваются обычно сразу же после ампутации и могут сохраняться в течение 2 и более лет у 60% больных. Лечение заключается в назначении антиконвульсантов в возрастающих дозировках (карбамазепин), антидепрессантов (амитриптилин), седативных препаратов, магнито- и лазеротерапии. В крайних случаях, при выраженных некупируемых болях, прибегают к нейрохирургическим вмешательствам, направленным на прерывание проводящих путей в области задних корешков спинного мозга.

Нарушение функции конечности. Может наблюдаться после органосохраняющих методов лечения вследствие удаления значительных по объему блоков мягких тканей, приводящего к деформациям, повреждениям суставов, периферических нервов и т.д. Для достижения максимальных функциональных результатов органосохраняющего лечения сарком опорно-двигательного аппарата необходимо раннее проведение активного восстановительного лечения, включающего ЛФК (в до- и послеоперационном периоде), массаж, психотерапию, электростимуляцию мышц, магнитотерапию, механотерапию, трудотерапию. После костно-пластических операций и эндопротезирования вопрос об интенсивности физических нагрузок и проведении механотерапии определяется индивидуально, исходя из зоны оперативного вмешательства, надежности сращения трансплантатов, стабильности эндопротезов. Поздние лучевые повреждения костей. В результате облучения в костях происходит сужение мелких сосудов, вплоть до их полной облитерации. Это приводит к развитию в кости дистрофических процессов и появлению зон остеонекроза. Костная ткань становится порозной и хрупкой. На рентгенограммах выявляются остеопороз, остеолитические очаги, костные секвестры, участки реактивного склероза. В последующем такие изменения могут приводить к тяжелым осложнениям (лучевой остеонекроз, патологический перелом). Поэтому больные перед выпиской должны быть информированы о необходимости избегать экстремальных нагрузок на облученную конечность (прыжки, игра в футбол и т. д.). Лечение направлено на улучшение кровообращения и стимуляцию репаративных процессов в кости (венорутон, анаболические стероиды, тиреокальцитонин, препараты кальция, белковые препараты). При сочетании лучевого остеонекроза и лучевой язвы кожи показано хирургическое лечение, заключающееся в иссечении лучевой язвы и резекции патологически измененной кости в пределах здоровых тканей с одномоментной пластикой дефекта наружных покровов кожно-мышечными лоскутами. Если в результате поздних лучевых повреждений кости происходит ее перелом, проводят консервативное лечение по общепризнанным принципам (репозиция и длительная иммобилизация). Костнопластические операции при лучевых остеонекрозах применяются редко.

Реабилитация онкобольных при злокачественных опухолях кожи

Дефекты наружных покровов. Образуются в результате удаления больших по размеру опухолей и неадекватно спланированной пластической операции.

Грубые рубцы и деформации при локализации в области суставов могут приводить к развитию контрактуры. Основным методом лечения указанных осложнений являются повторные пластические операции.

Поздние лучевые повреждения кожи. Развиваются в первую очередь вследствие погрешностей в планировании и проведении лучевой терапии либо повышенной индивидуальной радиочувствительности больного. Ведущую роль в патогенезе развития поздних лучевых осложнений в коже играет локальное нарушение микроциркуляции вследствие прогрессивно нарастающего радиационного повреждения сосудов микроциркуляторного русла. К поздним лучевым повреждениям кожи относятся гиперпигментация, атрофический, гипертрофический дерматит, поздний лучевой фиброз и лучевая язва. Их лечение требует активной тактики, поскольку они несут постоянную угрозу малигнизации. Лечение атрофического дерматита заключается в длительном местном применении стероидных и витаминизированных масел. Больным с гипертрофическим дерматитом и лучевым фиброзом кожи и подкожной клетчатки необходимо проведение длительных (1,5-2 мес) многократных (3-5) курсов местной рассасывающей терапии (аппликации или электрофорез ДМСО, протеолитических ферментов и гепарина, глюкокортикоидные мази) и общего лечения (витаминотерапия, трентал, никотиновая кислота, антигистаминные препараты, солкосерил, неспецифические стимуляторы). Основным методом лечения лучевых язв является их иссечение с одномоментным устранением дефекта одним из видов пластики; при этом преимущество отдается кожно-жировым или кожно-мышечным лоскутам, взятым из зоны, ранее не подвергавшейся лучевому воздействию.

Санаторно-курортное лечение онкобольных

Направлять больных в местные санатории можно через 3-6 мес. после завершения радикального противоопухолевого лечения при отсутствии признаков возврата заболевания, на курорты — не ранее чем через 6-12 мес. Перед направлением на санаторно-курортное лечение больные должны пройти полное обследование у онколога с последующей выдачей справки, срок действия которой составляет 1 мес. В местных санаториях или же на курортах той климатической зоны, где проживает больной, проведение лечения возможно в любое время года, на южных курортах — преимущественно в осенне-зимний период.

Санаторно-курортное лечение наиболее показано больным, завершившим радикальное лечение по поводу опухолей желудочно-кишечного тракта. К показаниям относятся:

1. Последствия радикального лечения рака желудка. Пострезекционные расстройства легкой и средней степени: демпинг- и гипогликемический синдромы, гастрит культи желудка, анастомозит, рефлюкс-эзофагит, анемия (железо- и фолиевыедефицитная), дефицит массы тела больного до 10 кг (по индексу Брока), хронический гепатит, холецистит, панкреатит, энтероколит (вне фазы обострения), функциональные нарушения нервной системы.
2. Последствия радикального лечения рака толстой кишки. Функциональные расстройства: дискинезии кишечника с явлениями кишечного стаза или диареей (вне фазы обострения); хронические колиты и энтероколиты легкой и средней степени (вне фазы обострения); функциональные нарушения нервной системы.

Больным, перенесшим радикальное противоопухолевое лечение и не имеющим возврата болезни в течение 5 и более лет, возможно проведение

санаторно-курортного лечения по поводу сопутствующих заболеваний (по показаниям).

При проведении санаторно-курортного лечения онкологическим больным противопоказаны: грязе-, торфо-, озокерито-, парафинотерапия, внутреннее и наружное применение радоновой, сероводородной, мышьяковистой, азотной воды, гелио- и ультрафиолетовая терапия, горячие ванны, высокочастотная электротерапия.

Не подлежат санаторно-курортному лечению больные: с подозрением на злокачественную опухоль до тех пор, пока это подозрение не будет отвергнуто; подлежащие радикальному противоопухолевому лечению, в том числе не закончившие лечение в виде послеоперационных курсов лучевой и химиогормональной терапии; с подозрением на рецидив или метастазы опухоли, пока это подозрение не будет отвергнуто.

Санаторно-курортное лечение противопоказано при тяжелых последствиях противоопухолевой терапии: выраженные пострезекционные расстройства после радикального лечения рака желудка, дефицит массы тела более 10 кг, тяжелые формы щитовидной и паращитовидной недостаточности после паратиреоидэктомии, выраженная сердечно-легочная недостаточность, лимфатический отек конечностей III-IV степеней, рецидивирующее рожистое воспаление на фоне вторичной лимфедемы конечностей, резко выраженные побочные эффекты химиотерапии, а также больным с далеко зашедшим опухолевым процессом, подлежащим только симптоматическому лечению, даже при общем удовлетворительном их состоянии.

Относительно противопоказано санаторно-курортное лечение пациентам, закончившим противоопухолевую терапию по поводу злокачественных новообразований, склонных к частому рецидивированию и метастазированию, местно-распространенных опухолей, а также после лечения рецидивов или метастазов, развившихся в сроки до 5 лет после излечения первичного опухолевого очага. Нежелательно направление на санаторно-курортное лечение пациентов, имеющих лучевые язвы кожи и слизистых оболочек, ректиты, циститы, кольпиты, эзофагиты, пульмониты, а также различного рода свищи (противоестественный задний проход, гастростома, фарингостома, трахеостома) и уродующие челюстно-лицевые дефекты.

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