

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

Для индивидуального
использования,
«ГЭОТАР-Медиа»

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Медицинскую помощь в индустриальных странах с высокоразвитой системой здравоохранения подразделяют на профилактическую, лечебную и реабилитационную. Первые элементы восстановительной медицины можно найти уже в Древнем мире. Терминология же как позднелатинское понятие «rehabilitacio» появилась впервые в 1439 г. в Общем каноне монашеского ордена цистерцианцев. Под этим подразумевалось полное восстановление правового положения личности в обществе. Только позднее понятие «реабилитации» с его, скорее, юридического значения поменялось на медицинское и социально-этическое в конце XVIII–XIX веков. В секторе здравоохранения современных индустриальных стран в наше время произошли сложные и взаимообусловленные изменения. Возросло значение профилактики болезней и реабилитации больных. Наряду с диагностикой и терапией органических болезней получили признание психосоматика и учёт факторов риска, вытекающих из взаимосвязанного воздействия общества, рабочей и окружающей среды на здоровье и болезни человека. В связи с этим ВОЗ в 1990 г. была разработана и провозглашена всеобъемлющая концепция охраны и укрепления здоровья. Принципы охраны и укрепления здоровья, содержащиеся в концепции, обозначены как система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

Таким образом, реабилитация онкологических больных — целая система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на адаптацию к новым условиям функционирования и жизнедеятельности организма, возникших в результате заболевания и лечения злокачественной опухоли.

В связи с тем что реабилитация онкологических больных тесно связана с лечебным процессом, целесообразно напомнить о том, что методы лечения в современной клинической онкологии посто-

янно совершенствуются, в первую очередь в связи с внедрением эффективных методов лучевой терапии, химиотерапии и хирургии. Комбинированное лечение значительно улучшило выживаемость больных. Быстро стало развиваться органосохраняющее направление лечения злокачественных опухолей. В связи с этим изменились и подходы к реабилитации.

Современная организация выявления, диагностики и лечения больных со злокачественными новообразованиями, а также планирования онкологической службы определила чёткие тенденции в динамике онкологической заболеваемости в сторону её неуклонного роста. К сожалению, почти не происходит увеличения частоты выявления злокачественных опухолей в I–II стадиях, когда можно отказаться от 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 онкологических больных. Неуклонно растёт число онкологических больных III группы, состоящих на учёте в онкологических диспансерах и кабинетах, причём подавляющее большинство из них – лица трудоспособного возраста, которые нуждаются в определении своего физического и социального статуса. В то же время по статистике немалое число составляют больные с впервые выявленной IV стадией заболевания или его прогрессированием после лечения. Инвалидность, связанная со злокачественными заболеваниями, занимает 7-е место в структуре инвалидности в России и странах СНГ. Таким образом, проблема реабилитации онкологических больных чрезвычайно актуальна и сложна^A.

Сказанное определяет особенности проведения реабилитационных мероприятий у онкологических больных. Это этапность процесса, где на каждом этапе лечения, последующего наблюдения и жизни больного применяют специальные методы реабилитации, которые позволяют возвращать больных к полноценной жизни и труду или улучшить качество жизни. Это предполагает максимально раннее начало лечения, непрерывность, преемственность и по возможности совместимость с лечебным этапом, комплексность и индивидуальность подхода.

Возможность реабилитации конкретного больного рассматривают индивидуально с учётом комплекса прогностических факторов: локализации и стадии опухоли, её морфологического строения, характера проведённого лечения, степени анатомо-функциональных

нарушений, а также общебиологических и социальных характеристик – возраста, пола, профессии, положения в обществе, семье и т.д. Все вероятные варианты клинического течения злокачественного заболевания можно объединить в 3 большие группы.

- Группа с так называемым благоприятным прогнозом включает в себя пациентов с I–II стадией опухоли, которые имеют реальный шанс стойкого излечения, причём эта закономерность прослеживается для большинства локализаций опухолей – лёгкое, желудок, шейка матки, молочная железа, гортань и т.д. При опухолях, которые соответствуют символам T1–2N0M0, 5-летняя выживаемость в этой группе больных достигает 60–90%. У большинства пациентов при этом возможно проведение функционально щадящего и органосохраняющего лечения с применением методик хирургической парциальной резекции поражённого органа с сохранением его функциональной части, нередко с одномоментной реконструкцией, например лобэктомии при раке лёгкого, резекции желудка, сфинктеросохраняющей резекции прямой кишки и т.д. К органосохраняющим и функционально щадящим методам у таких пациентов относят и консервативные противоопухолевые воздействия: лучевую терапию, например при раке голосовых связок, или химиолучевую терапию при лимфогранулематозе и др.
- Прогноз заболевания приобретает более серьёзный характер у пациентов с III стадией опухоли. Возможность проведения функционально щадящего лечения при подобной распространённости процесса весьма ограничена. Чаще для адекватного удаления опухоли и лимфатических узлов требуется выполнение инвалидизирующей операции в комбинации с лучевой терапией и химиотерапией, следствием чего является выраженный анатомо-функциональный дефект, например гастрэктомии, пневмонэктомии, мастэктомии. В ряде случаев это приводит к полной потере функции органа и сопровождается выраженной инвалидизацией, например ларингэктомия с трахеостомией, ампутация конечности, резекция пищевода с эзофаго- и гастростомой, обструктивная резекция толстой кишки с колостомой.
- И, наконец, группа неблагоприятного прогноза с прогрессирующим опухолевым процессом после неэффективного лечения II–III стадии и с впервые выявленной IV стадией заболевания. Задача лечения данных больных заключается в замедлении по возможности прогрессирования основного заболевания путём 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^В.

В соответствии с групповым прогнозом определяют **цель реабилитации**.

- **Восстановительная** реабилитация заключается в полном или частичном восстановлении трудоспособности, как правило, для больных с благоприятным прогнозом.
- **Поддерживающая** реабилитация связана с потерей трудоспособности, инвалидизацией. Эта форма направлена на адаптацию пациента к новому психофизическому состоянию, положению в семье и обществе и касается больных с III стадией заболевания.
- **Паллиативная** реабилитация направлена на улучшение качества жизни в условиях прогрессирования и генерализации злокачественной опухоли, что обуславливает неблагоприятность прогноза.

Следует оговориться, что не существует чётких границ в определении целей реабилитации в каждом конкретном случае, так как очевидно, что течение опухолевого процесса имеет 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. 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.

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

Лечебный компонент является основополагающим, определяющим результат как лечения, так и реабилитации. Приоритетное направление современной клинической онкологии – функционально щадящее и органосохраняющее лечение злокачественных опухолей основных локализаций. Один из основных принципов функционально щадящего лечения – совмещение этапов хирургического удаления опухоли и хирургической реабилитации. Этот принцип в настоящее время применим для больных с I–II стадией и большей части III стадии благодаря внедрению в онкологию реконструктив-

но-пластического компонента восстановления поражённого органа, например радикальной резекции молочной железы с реконструкцией, резекции и пластики пищевода, гортани, трахеи и т.д. Реконструктивно-пластический компонент хирургической реабилитации онкологических больных включает 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 желёз, конечностей. Наиболее часто применяют функциональную резекцию, пластику местно-перемещёнными лоскутами, микрохирургическую аутотрансплантацию тканей, а также имплантацию искусственных тканей.

При функциональной резекции удаётся удалить часть поражённого опухолью органа с сохранением его большего функционирующего фрагмента, например при резекции шейки матки, щитовидной железы и т.д.

Пластику местно-перемещёнными лоскутами применяют для восстановления небольшого по площади дефекта органа или ткани с использованием однородных тканей, располагающихся вблизи дефекта. Например, при радикальной резекции молочной железы из её оставшейся части путём мобилизации тканей и их объёмного перемещения реконструируют форму органа, иссечение опухоли кожи или мягких тканей без формирования функционального дефекта завершают мобилизацией краёв раны с выкраиванием из них треугольных или трапециевидных лоскутов и закрытием раневого дефекта.

Метод микрохирургической аутотрансплантации тканей основан на анатомических исследованиях человеческого тела, которые показали, что некоторые участки нашего организма имеют так называемое изолированное кровоснабжение, что позволяет выделить один или два сосуда, снабжающих кровью в необходимом и достаточном количестве избранный участок органа или ткани. Следовательно, тканевый трансплантат может быть перемещён на выделенной сосудистой ножке или отсечён и перенесён на зону дефекта с немедленным восстановлением кровообращения путём соединения сосудистой ножки лоскута с источником кровоснабжения в зоне дефекта. Именно последний вариант порождает богатое разнообразие пластического материала, который обладает высокой жизнеспособностью благодаря технологии микрохирургического соединения питающих сосудов и нервов. Свободный выбор пластического материала в полном соответствии с тканями дефекта, будь то кожа, клетчатка, фасция, мышца, кость и т.д., позволяет выпол-

нять сложную по площади, объёму и функции реконструкцию органов, например удаление опухоли верхней челюсти с резекцией лицевого скелета, слизистой оболочки полости рта, мягких тканей лица с микрохирургической пластикой кожно-мышечно-костным аутотрансплантатом. Преимущество микрохирургической аутотрансплантации заключается и в возможности одноэтапной реконструкции сложного анатомо-функционального дефекта, что расширяет возможности органосохраняющего лечения и для местно-распространённых и рецидивирующих опухолей.

Метод имплантации основан на применении различных искусственных материалов на основе металлов, синтетических полимеров и т.д., из которых изготавливают различные фрагменты тканей и органов человека, способных заменять их функцию, например искусственный металлокерамический тазобедренный или коленный сустав, который имплантируют в позицию удалённого сустава, имплантация силиконового протеза молочной железы для воссоздания объёма органа, пластика передней брюшной стенки после удаления опухоли передней брюшной стенки синтетическим апоневрозом из политетрафторэтилена, пролена и других материалов.

Ортопедический компонент реабилитации применяют в тех случаях, когда есть противопоказания к проведению реконструктивно-пластического лечения в связи с возрастом, сопутствующей патологией или прогнозом опухоли, а также в случаях, когда пластика дефекта представляется сложноразрешимой задачей. Ортопедический метод реабилитации онкологических больных имеет ряд методических особенностей: максимально раннее начало и двуэтапность в виде временного тренировочного и постоянного протезирования. Для изготовления протезов используют самые современные разработки синтетических материалов для наилучшей адаптации на стыке протез—ткань и для воссоздания отдельных функций протезируемых органов. Наибольшее распространение получили протезирование органов челюстно-лицевой зоны для восстановления функции жевания, глотания, звукообразования, протезирование молочной железы и конечностей^А.

Для каждой локализации опухоли характерны свои особенности лечения и течения опухолевого процесса, которые определяют особенности реабилитации. Для примера отметим некоторые из них.

Опухоли лица, головы, шеи

Лицо, голова, шея — важнейшие части тела, во многом определяющие облик человека. От этих органов зависит социальное восприятие человека обществом. Локализация опухолей в этой обла-

ти приводит к глубокой инвалидизации в связи с нарушением облика, функций голосообразования, жевания и т.д. В то же время жёсткая необходимость радикального комбинированного лечения опухолей II–III стадии нередко приводит к формированию внешних дефектов и нарушению функции органов головы и шеи. Типичная ошибка в реабилитации этих больных заключается в длительном периоде выжидания (2–3 года и более) для исключения рецидива, только после этого решается вопрос о восстановительном лечении в виде протезирования или пластической операции. За этот период происходит полная дезадаптация пациента, и возможность его возврата к активной жизни после столь длительного периода наблюдения близка к нулю. В то же время современные диагностические методы – эндоскопия, КТ и УЗИ – позволяют надёжно контролировать не только зону бывшей локализации, но и регионарные зоны. Следовательно, наблюдение за зоной операции посредством визуального осмотра через дефект тканей лица или шеи – глубокое заблуждение, наносящее вред медицинской и социальной реабилитации больных опухолями органов головы и шеи.

Приводим наблюдение.

Больной Н., 35 лет. Диагноз: рак верхней челюсти слева T4N0M0. Морфологическое строение опухоли – плоскоклеточный рак с склонностью к ороговению. Опухоль выходит за пределы верхнечелюстной пазухи с инфильтрацией мягких тканей лица, глазницы. В онкологическом диспансере по месту жительства проведён курс лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 40 Гр с 4.05. по 22.05.91, затем в МНИОИ им. П.А. Герцена 20.06.91 выполнена электрохирургическая резекция левой половины лица, верхней челюсти, глазницы. Сформирован обширный сквозной сочетанный дефект от надбровной дуги до верхней губы, спинки носа до височной кости. Далее пациент находился под диспансерным наблюдением в течение года, после вызова в МНИОИ им. П.А. Герцена 8.09.92 г. выполнена операция – отсроченная микрохирургическая пластика сквозного дефекта лица. По трафарету площади дефекта слизистой оболочки носоглотки и пазухи выкроена площадка кожи грудной стенки, из волокон широчайшей мышцы спины выкроен мышечный фрагмент трансплантата. Лоскут пересажен на дефект. Кровообращение восстановлено после соединения с левыми лицевыми сосудами. Ткань лоскута размещена и фиксирована по краям дефекта с моделированием контура лица. На завершающем этапе реконструкции в ткань лоскута имплантирован протез глаза.

Как видно из наблюдения, пациент длительное время пребывал в вынужденной изоляции от общества и семьи в связи с наличием обширного дефекта лица, и только после реконструктивно-пластической операции удалось провести полноценную медицинскую

реабилитацию, следствием которой явилась социальная адаптация пациента.

Рак лёгкого

За последние годы значительно изменился подход к оперативному лечению рака лёгкого. Увеличился удельный вес органосохраняющих операций, которые при ранних стадиях заболевания полностью оправданы. Кроме того, резекция лёгкого выгодна в функциональном отношении как в ближайшем, так и в отдалённом послеоперационном периоде. Это позволяет проводить социально-трудовую реабилитацию больных раком лёгкого с рациональным трудоустройством.

Опухоли пищеварительного тракта

Лечение опухолей пищеварительного тракта в абсолютном большинстве связано с хирургическим удалением или резекцией органов пищеварительной системы. Несмотря на преобладание в настоящее время различных вариантов органосохраняющих резекционных операций на желудке, поджелудочной железе, толстой и прямой кишке, операция неизбежно приводит к нарушению функции пищеварения. В связи с этим считают неверным выписку пациента из стационара после операции без дополнительных рекомендаций в надежде на естественное восстановление функций оперированных органов. Чрезвычайно важный этап реабилитации больных опухолями пищеварительного тракта – полноценная адаптационная терапия, в которую входят курсы заместительной энзимотерапии, если речь идёт об операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе, гемостимулирующей терапии при операциях на толстой кишке. Также показана диетотерапия как элемент адаптации моторики различных отделов пищеварительного тракта и восстановления естественного переваривания, пристеночного всасывания и пассажа пищи. К этому добавляют общеукрепляющие физические упражнения, фитотерапию, водолечение и др. Целесообразно проведение подобных курсов через каждые 3 мес после операции в течение 1-го года после операции и 1 раз в полгода в последующие 2 года. Подобная тактика благотворно сказывается и на показателях трудоспособности. Своевременно и правильно проведённая курсовая реабилитация больных раком желудка и толстой кишки после радикального лечения уже в течение 1 года после операции позволяет понизить II группу инвалидности до III группы у 30% больных, а 20% пациентов вообще отказаться от прохождения ВТЭК.

Рак молочной железы

Хирургическая реабилитация больных раком молочной железы вплотную связана с улучшением качества жизни. Очевидно, что эффективность лечения рака молочной железы должна определяться не только количеством, но и качеством прожитых лет. Многие онкологи, занимающиеся проблемой лечения рака молочной железы, ошибочно обращали внимание только на показатель отдалённой выживаемости, однако мало кто обращал внимание на то важное обстоятельство, что у большинства больных процесс излечения от рака достигается путём выполнения калечащих операций и применения других агрессивных методов воздействия в виде интенсивного химиолучевого лечения. Между тем они приводят не только к чисто физической и моральной ущербности, но и к глубоким психологическим расстройствам, тормозящим процессы адаптации и ресоциализации. В связи с этим важнейшим компонентом лечения больных раком молочной железы являются органосохраняющие и функционально щадящие хирургические методы, которые достаточно радикальны и абластичны. В их задачу входит и ранняя реабилитация, т.е. сохранение грудных мышц и сосудисто-нервного аппарата верхнего плечевого пояса и по возможности реконструкция молочной железы при мастэктомии. Тем самым в реабилитацию на хирургическом этапе должно включаться улучшение качества жизни больного. В противовес сказанному в большинстве лечебных учреждений вопросы реабилитации онкологических больных сводятся к направлению пациентки в протезную мастерскую для приобретения наружного протеза и ограничению физических нагрузок на верхнюю конечность для профилактики лимфостаза. Несмотря на настойчивое желание пациенток и знание прогностических факторов течения болезни, онкологи отказывают в направлении к пластическим хирургам под предлогом сложности наблюдения за зоной постмастэктомического рубца после реконструкции молочной железы.

Приводим наблюдение.

Больная Ш., 36 лет. Диагноз: рак левой молочной железы T2N1M0, состояние после комплексного лечения в 1992 г. Морфологическое строение опухоли – железистый рак молочной железы. По поводу опухоли молочной железы проведена лучевая терапия на подмышечно-подключично-надключичные поля и выполнена мастэктомия по Холстеду с последующими 5 курсами адъювантной химиотерапии. При динамическом наблюдении в течение 3 лет прогрессирования болезни не выявлено. Несмотря на неоднократные просьбы больной, онколог отказывал в направлении к пласт-

тическому хирургу, вследствие чего она самостоятельно обратилась в МНИОИ им. П.А. Герцена. При осмотре отмечаются выраженный дефицит тканей на передней грудной стенке в области мастэктомии и избыточная подкожно-жировая ткань на передней брюшной стенке. 16.02.95 выполнена операция — отсроченная микрохирургическая маммопластика путём ауто-трансплантации кожно-мышечно-жирового лоскута из тканей передней брюшной стенки на переднюю грудную стенку. Путём моделирования тканей лоскута восстановлены объём, форма и ареола молочной железы. При осмотре через 6 мес после пластики отмечено практически полное повторение параметров здоровой молочной железы. Пациентка сообщила о преодолении многих болезненных комплексов, нормализации сексуальной жизни.

Как следует из наблюдения, у пациентки выполнена радикальная мастэктомия по Холстеду при ограниченной местной распространённости опухоли T2. Длительный срок после мастэктомии она находилась в состоянии психосоциального коллапса, и только реконструктивная операция изменила её отношение к жизни.

Другая проблема реабилитации больных раком молочной железы — профилактика и лечение постмастэктомического отёка руки. Ошибка врачей заключается в изначально неправильном понимании или незнании сущности развития процесса недостаточности лимфатической системы верхней конечности после мастэктомии. После выполнения хирургом-онкологом подмышечной, подлопаточной и подключичной лимфаденэктомии резко изменяются пути оттока лимфы из верхней конечности. Фактически единственным сохранившимся лимфатическим коллектором остаётся дельтовидно-трапецевидный. В связи этим в 1-е сутки после операции возникает ранний отёк конечности, так называемый лимфостаз. Как правило, у большинства больных адаптационные механизмы лимфооттока включаются в работу и первичный постмастэктомический отёк редуцируется. Однако у 10–12% пациенток предшествующая лучевая, химиотерапия и ряд других факторов препятствуют редукции отёка. Именно на этом этапе развития лимфатической недостаточности необходимо принятие адекватных лечебных мер. В то же время пациентка уже через 3–4 нед оказывается под наблюдением районного онколога, который по поводу отёка руки назначает консервативное лечение в виде мазей с реологическими препаратами и дренирующий массаж. У единичных пациенток это приводит к успеху, у остальных отёк сохраняется, присоединяется рожистое воспаление кожи руки, в результате которого развивается дальнейший склероз лимфатической сети и далее — слоновость.

Опыт МНИОИ им П.А. Герцена и других клиник, где есть опыт микрохирургической коррекции лимфостаза, говорит о необходи-

мости и целесообразности уже в фазе первичного лимфатического отёка верхней конечности после неэффективной консервативной терапии в течение 3–4 нед выполнять микрохирургическое лимфовенозное дренирование с лазеротерапией и лимфодренирующим массажем. Эта малотравматичная операция по созданию гетеротопических лимфовенозных соустьев между подкожной лимфатической системой руки и венозной системой на уровне локтевой и подмышечной ямок и комплексная физиотерапия способствуют в 80% наблюдений редукции отёка, при этом в отдалённые сроки 5 лет и более у 50% пациенток отёк не рецидивирует. Однако лимфоотёк даже II–III степени с перерождением в состояние слоновости или фиброза не является основанием для отказа в помощи подобным больным. В зависимости от степени выраженности и развития болезни возможны различные варианты реконструктивных операций: липофиброэктомию с лимфовенозным дренированием, пересадка трансплантата из большого сальника для восстановления лимфодренажной системы и др. Таким образом, только активная медицинская реабилитация больных раком молочной железы способствует восстановлению физического и социального статуса пациенток.

Опухоли опорно-двигательной системы

Заболееваемость опухолями опорно-двигательной системы среди всех злокачественных опухолей в совокупности всех форм не превышает 10%, однако в связи с наружной локализацией и важной функциональной значимостью опухоли опорно-двигательной системы часто инвалидизируют больных. Основная ошибка в реабилитации подобных больных – завышенные показания к калечащим ампутационным операциям в соответствии с требованиями онкологии 50–60-х годов XX века, до эры комбинированного лечения опухолей. Тем не менее этот подход реально остался в арсенале многих онкологических больниц и порождает большие проблемы с реабилитацией. Высокая технологичность современного протезирования делает протезы конечностей дорогостоящими и требует времени на их изготовление, в то же время большинству больных в послеоперационном периоде необходимо проведение дополнительного химиолучевого лечения. Учитывая современные возможности комбинированного лечения, появилась возможность в целом пересмотреть направление реабилитации больных опухолями опорно-двигательной системы. Основопологающий принцип – органосохранный подход к лечению и реабилитации опухолей опорно-двигательной системы. Он подразумевает мультидисциплинарный подход, обес-

печивающий конечный лечебный, функциональный и эстетический результат. Важную роль в лечении и реабилитации играют реконструктивная микрохирургия и ортопедия. Именно эти компоненты обеспечивают высокие показатели лечения, так как радикальное трёхмерное удаление опухоли с резекцией тканей, сосудов, нервов, костей и т.д. решает проблему локального лечения с одномоментным пластическим ортопедическим восстановлением резецированных структур и сохранением анатомической целостности и функции конечности.

Приводим наблюдение.

Больная Н., 26 лет. Диагноз: саркома мягких тканей правого предплечья T2N0M0. Морфологическое строение опухоли — эмбриональная рабдомиосаркома и нейрофибросаркома (опухоль тритона). После обращения в онкологический диспансер по месту жительства от предложенной ампутации конечности на уровне верхней трети плеча больная отказалась и самостоятельно обратилась в МНИОИ им. П.А. Герцена. При обращении опухоль локализуется на заднебоковой поверхности правого плеча в верхней трети с переходом на капсулу локтевого сустава и головку локтевой кости. На первом этапе лечения проведена предоперационная лучевая терапия, на втором (21.12.94) — операция — удаление опухоли мягких тканей с резекцией мягких тканей заднебоковой поверхности предплечья, капсулы локтевого сустава, локтевого нерва, проксимальной половины локтевой кости и эпиметафиза лучевой кости. Для восстановления конечности произведена микрохирургическая аутотрансплантация кожно-мышечно-костного лоскута из волокон широчайшей мышцы спины и VIII ребра слева. Трансплантат пересажен на предплечье, сосуды лоскута соединены с локтевыми сосудами, двигательный нерв в составе лоскута соединён с центральным отрезком резецированного локтевого нерва. Фрагмент ребра фиксирован по оси с резецированным диафизом лучевой кости. Этот приём позволил избежать ещё большего укорочения лучевой кости. Дистальный диафиз локтевой кости соединён с лучевой по типу ортопедической вилки. Путём фиксации диафиза лучевой кости с заходом на 2 см за головку плечевой кости сформирован ложный сустав. Брюшко двуглавой мышцы сшито сухожильным швом с синтетическим протезом сухожилия, последний костным швом фиксирован к диафизу лучевой кости, тем самым воссоздана мышечная биомеханика сгибания. Мышечные волокна трансплантата использованы для сшивания проксимальных отделов мышц предплечья, соответствующих зоне иннервации локтевого нерва, с анатомическими образованиями зоны ложного сустава, что имитирует нормальную биомеханику резецированных мышц предплечья. Для стабилизации конечности на период заживления установлен аппарат внеочагового осте-

осинтеза. Далее проведено 5 курсов полихимиотерапии. Параллельно с использованием аппарата остеосинтеза начата разработка движений в ложном суставе и кисти. Конечность освобождена от металлоконструкции через 4 мес после операции. В процессе реабилитации, идущем совместно с лечением, достигнут объём движений сгибание-разгибание в ложном суставе до 130° в продольной оси. Пациентка, будучи художником, добилась восстановления функции конечности и приступила к работе по специальности.

Как следует из наблюдения, стандартный подход к лечению опухолей опорно-двигательной системы без привлечения современных методов реконструктивной хирургии обрекает больных на калечащие ампутационные операции. С другой стороны, важен комплексный подход к лечению и реабилитации, и попытка последовательного проведения реабилитации после завершения лечения приводит к увеличению продолжительности и снижению результативности функциональной реабилитации конечностей.

Недопустимой ошибкой считают лечение опухолей опорно-двигательной системы без адекватного хирургического пластического компонента. Так, данные МНИОИ им. П.А. Герцена говорят о том, что в период с 1992 по 1998 гг. по поводу опухолей опорно-двигательной системы было проведено лечение у 98 больных, при этом у 75% была местно-распространённая стадия или рецидив сарком. Из них только у 5 (5,1%) пациентов прибегли к ампутации конечности, остальным удалось провести органосохраняющее лечение. У более чем 70% больных удалось восстановить функцию конечностей. Важно, что применение методики микрохирургических ортопедических операций обеспечивало сроки реабилитации в течение 3–4 мес. Это в свою очередь позволило более чем 50% больных вернуться к труду по основной профессии. Следовательно, принцип мультидисциплинарного подхода в органосохраняющем лечении опухолей опорно-двигательной системы обеспечивает его успех в относительно короткие сроки и низкий уровень функциональной инвалидизации.

Социально-трудовой компонент реабилитации заключается в проведении комплекса упражнений лечебной физкультуры, адаптирующей и заместительной лекарственной терапии для восстановления функции оперированного органа, обучении или переквалификации для получения новой профессии. Этот компонент проводится совместно с ВТЭК и органами социальной защиты. Перечисленные компоненты применяются на последовательных этапах реабилитации^А.

1. Подготовительный (предлечебный) этап

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. В беседах врач должен информировать больного об успехах лечения онкологических заболеваний, возможностях органосохраняющего подхода. По показаниям следует применять седативные препараты. Этот этап непосредственно связан со специальной медикаментозной и немедикаментозной подготовкой, направленной на лучшую переносимость операции и других лечебных мероприятий.

2. Лечебный (основной) этап

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. Широкое внедрение в клиническую онкологию реконструктивно-пластической хирургии позволяет теперь в лечебном этапе выделить пластический эстетический этап, во время которого устраняют видимые и скрытые функционально-анатомические дефекты.

3. Ранний восстановительный (послеоперационный) этап

Важная задача этого этапа – проведение его в естественные биологические сроки до 2–3 нед без срывов. Целесообразно применять апробированные в онкологии методы улучшения регенерации: низкоэнергетические лазеры, КВЧ-установки. В конце этапа необходимо начинать специальную ЛФК, в том числе на тренажёрах.

4. Поздний восстановительный этап

Этот этап – непосредственное продолжение предыдущего. Продолжают ЛФК, терапию 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 планируют с учётом лечебных, чтобы исключить их взаимное подавление. Этап занимает от 1 до 6 мес, он определяется индивиду-

альным планом лечения. За это время можно решать вопросы эстетической реабилитации, включая корригирующие операции, шлифовку рубцов и т.д.

5. Социальный этап

На этом этапе первостепенное значение приобретают психический статус онкологического больного, его социально-трудовая ориентация. Как показывает практика, на этом этапе жизни пациенты очень нуждаются в моральной и терапевтической поддержке для 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.

Основные задачи ВТЭК (совместно с онкологами) – установление степени утраты трудоспособности онкологического больного, причин и времени наступления инвалидности, определение для инвалидов условий и видов труда, а также мероприятия по восстановлению их трудоспособности (профессиональное обучение, переквалификация, восстановительное лечение, протезирование, обеспечение средствами передвижения). Организационно врачебно-трудовую экспертизу онкологических больных осуществляют путём проведения специальных комиссий на базе областного, городского онкологических диспансеров, а также в районной ВТЭК с участием специально назначенного врача-онколога-эксперта.

Врачебно-трудовая экспертиза онкологических больных имеет ряд существенных особенностей, связанных с характером течения заболевания и длительностью многокомпонентного лечения. Таким образом, основной фактор, играющий роль в экспертизе, – прогноз заболевания, устанавливаемый специалистом-онкологом. При проведении органосохраняющего лечения опухоли в начальных стадиях возможен пересмотр длительности листка нетрудоспособности в сторону её уменьшения.

Исследования, проведённые в МНИОИ им. П.А. Герцена проф. А.Х. Трахтенбергом (1995), показали диссонанс между формализованной оценкой ВТЭК и реальной трудоспособностью после органосохраняющих операций при лечении рака лёгкого. Подавляющее большинство больных в течение 1-го года были признаны инвалидами I и II группы, в то время как 25% больных при этом вообще отказались от прохождения ВТЭК, а 36% бывших пациентов возобновили свою трудовую деятельность. Таким образом, бронхопластические операции у 90% больных не приводят к тяжёлым

соматическим нарушениям, ведущим к снижению результатов социально-трудовой реабилитации, а у 25% не регистрируют признаков инвалидности. По истечении года после операции трудовую деятельность возобновляют 43,2% больных, что определяет существенный социальный и экономический эффект.

В остальных случаях специалисты ВТЭК руководствуются общими критериями инвалидности, адаптированными к онкологическим больным.

- I группу инвалидности устанавливают при выраженном нарушении функции организма с потерей трудоспособности, необходимости посторонней помощи, неблагоприятном прогнозе заболевания. Этим критериям соответствуют онкологические пациенты, которые в результате лечения утратили такие важные функции, как голосообразование, глотание и т.д. (например, трахео- и эзофагостома вследствие ларингэктомии, ампутация ведущей верхней конечности на уровне проксимального сегмента, орофарингостома и т.д.), больные с признаками прогрессирования опухоли после лечения, пациенты с впервые установленной IV стадией, причём в последнем случае возможно этапное освидетельствование со II группы на I без последующего переосвидетельствования.
- II группу инвалидности устанавливают при значительных функциональных нарушениях, которые, однако, не требуют посторонней помощи, приводят к длительной потере трудоспособности или когда доступны в ограниченном объёме специальные формы труда. Под эту группу попадает значительное число онкологических больных с III стадией заболевания, проходящих комплексное лечение рака лёгкого, гортани, желудка, пищевода, прямой кишки, опухолей нижних конечностей и т.д.
- III группу устанавливают лицам, которые по состоянию здоровья могут продолжать трудиться в полном объёме по своей основной профессии. К этой категории относят большую часть онкологических больных с начальными стадиями на этапе завершения лечения рака молочной железы, шейки матки, щитовидной железы и т.д.

В целях динамического наблюдения за течением патологического процесса и состоянием трудоспособности проводят периодические освидетельствования, как правило, 1 раз в год.

Итак, индивидуальный подход и всесторонняя оценка личности больного позволяют без ущерба для здоровья и согласно его желанию устанавливать уровни инвалидности и трудоспособности, что может улучшить показатели трудовой реабилитации и привести к значительному социально-экономическому эффекту.

Таким образом, реабилитация онкологических больных при функционально щадящем и комплексном лечении — многоэтапный процесс, восстановительный по сути и содержащий несколько важнейших компонентов — реконструктивно-пластический, ортопедический, социально-трудовой. На пути реабилитации онкологических больных важно соблюдать основные принципы:

- Сохранение необходимой радикальности проводимого лечения.
- Отказ от постулата об отсроченной, отдалённой реабилитации после проведённого лечения в пользу одномоментных реконструктивных операций.
- Преемственность и совместимость лечебного и реабилитационного процессов не в ущерб друг другу.

Процесс реабилитации должен носить непрерывный характер. Только так можно добиться успеха в восстановлении участия онкологического больного в активной жизни^А.

Литература

1. *Решетов И.В.* Реабилитация онкологических больных / Избранные лекции по клинической онкологии / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. — М. : 2000. — С. 238–254.
2. *Bunting R., Lamont-Havers W., Schweon D., Kliman A.* Pathologic fracture risk in rehabilitation of patients with bony metastases // *Clin. Orthop.* — 1985. — Vol. 192. — P. 222.
3. *Burgess E.M., Romano R.L.* Management of lower extremity amputees using immediate post surgical prostheses // *Ibid.* — 1968. — Vol. 57. — P. 137.
4. *Degenshein G.A.* Mobility of the arm following radical mastectomy // *Surg. Gynecol. Obstet.* — 1977. — Vol. 145. — P. 77.
5. *Dodds T.A., Martin D.P., Stolow W.C., Deyo R.A.* A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* — 1993. — Vol. 74. — P. 531.
6. *Enneking W.F., Dunham W.K.* Resection and reconstruction of a primary neoplasm involving the innominate bone // *J. Bone Joint Surg.* — 1978. — Vol. 60. — P. 731.
7. *Foldi E., Foldi M., Clodius L.* The lymphadema chaos: a lancet // *Ann. Plast. Surg.* — 1989. — Vol. 22. — P. 505–515.
8. *Frieden F.H., Gertler M., Tosberg W., Rusk H.A.* Rehabilitation after hemicorporectomy // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* — 1969. — Vol. 50. — P. 259.
9. *Geschwind N.* Aphasia, current concepts // *N. Engl. J. Med.* — 1971. — Vol. 284. — P. 654.
10. *Gordon W.A., Freidenbergs I., Diller L. et al.* The efficacy of psychosocial intervention with cancer patients // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 1980. — Vol. 48. — P. 743.

11. *Gottschalk F., Mooney V., McClellan B., Carlton A.* Early fitting of the amputee with plastic temporary adjustable below knee prosthesis // *Contemp. Orthop.* – 1986. – Vol. 13. – P. 15.
12. *Grabois M.* Breast cancer: post-mastectomy lymphedema // *Phys. Med. Rehabil. State Art. Rev.* – 1994. – Vol. 8. – P. 267–177.
13. *Grenger C.V., Hamilton B.B., Shriver S.F.* Guide for the Use of the Uniform Data System for Medical Rehabilitation. – Buffalo : State University of New York at Buffalo, 1986.
14. *Harvey R.F., Jellinek H.M., Habeck R.V.* Cancer rehabilitation: an analysis of 36 program approaches // *JAMA.* – 1982. – Vol. 247. – P. 2127.
15. *Hinterbuchner C.* Rehabilitation of the disability in cancer // *N.Y. State J. Med.* – 1978. – P. 1066.
16. *Juarbe C., Shemen L., Eberle R. et al.* Primary tracheoesophageal puncture for voice restoration // *Am. J. Surg.* – 1986. – Vol. 152. – P. 464.
17. *Schag C.A., Ganz B.A., Heinrich R.L.* Cancer rehabilitation evaluation system-short form (CARES-SF). A cancer specific rehabilitation and quality of life instrument // *Cancer.* – 1991. – Vol. 68. – P. 1406–1413.
18. *Villanueva R., Ajmani C.* The role of rehabilitation medicine in physical restoration of patients with head and neck cancer // *Cancer Bull.* – 1977. – Vol. 29. – P. 46.