

Реабилитация больных после хирургического лечения, химио- и лучевой терапии опухолей женской половой системы

Выполнил: Тотыкеменов А.Е.
146гр.АиГ

Медицинская реабилитация

- Медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

ЦЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ

- **1. Восстановительная**, в том числе и реконструктивно-пластическая, преследующая полное или частичное восстановление трудоспособности для больных с благоприятным прогнозом.
- **2. Поддерживающая**. Связана с потерей трудоспособности, инвалидизацией. Направлена на адаптацию пациента к новому психофизическому состоянию, положению в семье и обществе. Касается группы больных со II б-III стадией заболевания.
- **3. Паллиативная**, направлена на создание комфортных условий существования в условиях прогрессирования и генерализации злокачественной опухоли

ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- Первый этап медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации

- **Первый этап включает в себя:**
- 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;
- подготовку больного к специальным методам лечения, позволяющую уменьшить риск развития осложнений противоопухолевой терапии (медикаментозный, психотерапевтический, физиотерапевтический методы, ЛФК);
- проведение основного курса противоопухолевого лечения с обоснованно минимальными повреждениями здоровых тканей организма.

- □ **Второй этап** медицинской реабилитации осуществляется в ранний восстановительный период течения заболевания, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации)

◎ **Второй этап включает в себя:**

- ◎ □ 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).

- □ Третий этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому, при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

○ Третий этап включает в себя:

○ □ Реабилитационные мероприятия 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 (медикаментозный и физические методы, психотерапия, диетотерапия, трудотерапия).

○ СРОКИ И ПОРЯДОК ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ НА 2 ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.

- 1. Восстановительному лечению в санатории подлежат пациенты с онкопатологией после радикального лечения, при удовлетворительном общем состоянии, способные самостоятельно, без сопровождения медицинского персонала, доехать до санатория общественным транспортом.
- 2. На восстановительное лечение в санаторий больные направляются непосредственно из стационара или не позднее **10 дней после выписки**.
- 3. Направление пациентов на восстановительное лечение допустимо после:
 - радикально проведенного этапа противоопухолевого лечения
 - отсутствие рецидивов и метастазов;
 - после снятия швов, без признаков воспаления послеоперационного шва, не нуждающихся в перевязках.

○ **ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ** Состояния после радикальных операций по поводу онкологических заболеваний:

- молочных желез;
- органов ЖКТ;
- органов грудной клетки;
- женских и мужских половых органов;
- ликвидация негативных последствий химио - и лучевой терапии.

○ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- тяжелое соматическое состояние, вследствие рецидива заболевания, метастазирования и т.д.;
- наличие свищей, не заживающих ран, требующих перевязок;
- наличие кало- и мочеприемников;
- анемия ниже 90 г/л;
- недостаточность кровообращения выше II А-стадии;
- дыхательная недостаточность выше II степени;
- артериальная гипертония III степени, кризовое течение;
- сахарный диабет (декомпенсированный, субкомпенсированный и тяжелое течение)

- **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**
- тяжелое нарушение сердечного ритма и проводимости (пароксизмы мерцания и трепетание предсердий, возникающие дважды и чаще в месяц, пароксизмальная тахикардия с частотой приступов более 2-х раз в месяц, политопная и групповая желудочковая экстрасистолия, атриовентрикулярная блокада II и III степени полная блокада сердца;
- стенокардия IV функционального класса;
- нарушение мозгового кровообращения в острой или подострой стадии;
- общее противопоказание, исключающее направление пациентов в санатории (острые инфекционные и венерические заболевания, психические заболевания, острая почечная или печеночная недостаточность, сопутствующие заболевания в стадии обострения или декомпенсации, или требующие хирургической помощи).

- **Реабилитация больных раком молочной железы (полная программа)**
- диетотерапия (ежедневно)
- кислородотерапия (10-15 процедур)
- фитотерапия (10-15 процедур)
- климотерапия (ежедневно)
- психотерапия (7-8 занятий)
- аромотерапия (10 процедур)
- светотерапия на область послеоперационного шва (5-10 процедур)
- В послеоперационном периоде для предупреждения контрактуры плечевого сустава, отека верхней конечности на стороне операции:
- ЛФК с инструктором по индивидуальной программе (10-12 занятий)
- лечебная гимнастика (групповые 10-12 занятий)
- магнитотерапия (10-12 процедур)
- пневматическая компрессия (10-12 процедур)
- бальнеотерапия (жемчужные ванны (10 процедур)

Реабилитация больных раком тела и шейки матки

- Последние десятилетия во многих странах мира наблюдается нарастание заболеваемости населения гормонозависимыми опухолями.
- На втором месте среди специфических для женщин злокачественных опухолей находятся рак тела и рак шейки матки. Среди данных новообразований отмечаются общие тенденции — уменьшение заболеваемости раком шейки матки и неуклонное нарастание заболеваемости раком тела матки.
- Выбор способа лечения онкогинекологических больных зависит от возраста, общего состояния больной, размеров и локализации опухоли, степени инвазии в миометрий, особенностей микроскопической структуры и наличия или отсутствия стероидных рецепторов. Используют следующие виды лечебного воздействия: хирургический, лучевой, гормональный, комбинированный и комплексный. Ведущим является хирургический компонент лечения злокачественных опухолей женских половых органов

- По данным литературы, после расширенной экстирпации матки с придатками в 50–80% случаев развивается посткастрационный синдром. Посткастрационный синдром включает в себя вегетативно-сосудистые, нервно-психические и обменно-эндокринные нарушения. Тяжелое течение посткастрационного синдрома встречается в 25% случаев. Как показали исследования, выраженность посткастрационного синдрома играет главную роль в снижении трудоспособности больных, перенесших расширенную экстирпацию матки с придатками. При посткастрационном синдроме у 52,8% больных выявляются различные нарушения центральной нервной системы, что является основным показанием к восстановительному лечению больных раком тела и шейки матки.

- Лечение электросном было проводят больным раком тела и шейки матки. Процедуры электросна осуществляют в спокойной обстановке, в положении больной лежа, по глазнично-затылочной методике. Для достижения седативного эффекта применяют ток с частотой импульсов 5–20 Гц и силой тока до ощущения «ползания мурашек» (до 15 мА). Продолжительность процедуры постепенно увеличивают от 20 до 60 мин. Всего назначают 12–25 процедур на курс лечения.

- Другими осложнениями радикального лечения, наблюдаемыми у онкогинекологических больных, являлись нарушение самостоятельного мочеиспускания, отеки нижних конечностей, лучевой фиброз тканей передней брюшной стенки, паховой области и промежности

- Для восстановления произвольного мочеиспускания используют электростимуляцию. Электростимуляция мочевого пузыря проводят по следующей методике. 1-й электрод 200 см² устанавливали на пояснично-крестцовую область, 2-й электрод 50 см² — над лобком. Силу тока доводят до ощущения вибрации и сокращений. Назначают режим 2, род работы 1, частоту 100 Гц, глубину модуляций 100%, 2 мин. Затем переходят на род работы 3 и 2, частоту 30–50 Гц, глубину модуляций 100%, S1 — S2–2–3 с, по 6 мин с изменением полярности через 3 мин. Общая продолжительность процедуры — 15 мин, ежедневно. В большинстве случаев (80%) достаточно 5–7 процедур.

- С целью замедления процесса склерозирования, усиления притока крови и снабжения тканей кислородом применяют магнитные поля.
- Низкочастотную магнитотерапию проводят по следующей методике. Цилиндрические или прямоугольные индукторы устанавливают без зазора и давления на паховую область. Применяют синусоидальный ток, 50 Гц, в непрерывном режиме, индукцию 25–35 мТ, экспозицию 15–20 мин. Процедуры проводят ежедневно. На курс лечения назначают 10–15 процедур.

- Для ускорения лимфо- и кровотока с отеками конечностей I — IV степени назначается пневматическая компрессия отечной конечности (конечностей).
- Методика проведения пневматической компрессии следующая. Больная принимает горизонтальное положение, на отечную конечность (конечности) надевали манжетный сапог (сапоги), диаметр которого регулировался индивидуально, без давления на конечность со стороны сапога. Режим многосекционной пневмокомпрессии подбирают индивидуально (наиболее эффективен режим «нарастающая волна»). Давление воздуха составляет 40–70 мм рт. ст., время проведения — 1 ч. Процедуры проводят ежедневно. На курс лечения 15 процедур.

- При наличии лимфовенозного отека конечности (конечностей) проводят компьютерную ультразвуковую флебографию для исключения возможного флеботромбоза. Если этот диагноз подтвержден (чего не произошло ни в одном наблюдаемом случае), то пневмокомпрессия, массаж конечности (конечностей) и электростимуляция категорически противопоказаны. Возможно проведение магнитотерапии или магнитофореза на место определения тромба на фоне лекарственной терапии.

○ **Показаниями** для назначения электросна, пневматической компрессии, магнитотерапии, электростимуляции, массажа и лечебной физкультуры при восстановительном лечении больных раком тела и шейки матки I — II стадий являются посткастрационный синдром I — III степени выраженности, отек нижних конечностей I — IV степени, отсутствие или нарушение самостоятельного мочеиспускания, лучевой фиброз тканей передней брюшной стенки, паховой области и промежности. **Противопоказания** для применения электросна помимо очаговой симптоматики на электроэнцефалограмме и опухолевой патологии глаз общие для данного метода: воспалительные заболевания век и глаз, высокая степень миопии, истерия, психозы с бредом воздействия, травматический арахноидит с нарушением циркуляции цереброспинальной жидкости. **Противопоказаниями** для пневматической компрессии, массажа являются выраженная сердечно-сосудистая патология, лимфовенозный отек конечностей как следствие флеботромбоза, наличие в анамнезе нелеченного рожистого воспаления. **Противопоказаниями** для назначения электростимуляции мочевого пузыря являются подозрение на кровотечение, перитонит, состояние после ранения или резекции мочевого пузыря, почечно-печеночная недостаточность, непереносимость тока. **Противопоказанием** для магнитотерапии является повышенная кровоточивость тканей, гематурия. Что касается реабилитации больных раком тела и шейки матки III стадии, то точными, проверенными временем данными автор не располагает.