Медицинская реабилитация в онкологии

Докладчик Багрова Жанна Витальевна

Преподаватель ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной.

Нормативно-правовая база

Приказ Минздрава РФ от 31.07.2020 № 788Н

«ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ» Редакция от 07.11.2022 — Действует с 20.12.2022

Приказ Минздрава РФ от 19.02.2021 №116н

«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю онкология»

Медицинская реабилитация

комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных:

- на полное или частичное восстановление нарушенных функций
- на 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,
- 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

Виды медицинской реабилитации в онкологии

- хирургическое лечение, проведение реконструктивных операций,
- медикаментозная терапия,
- лечебное питание,
- массаж,
- лечебная физкультура (двигательный режим, лечебная гимнастика, дозированная ходьба, упражнения в бассейне),
- физиотерапия (аппаратная физиотерапия, климато- и бальнеотерапия),
- Иглорефлексотерапия.

Условия для проведения мероприятий по медицинской реабилитации

- Медицинская реабилитация осуществляется в три этапа на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.
- Первый этап медицинской реабилитации рекомендуется осуществлять в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям: "анестезиология и реаниматология" <3>, "неврология" <4>, "травматология и ортопедия" <5>, "сердечно-сосудистая хирургия" <6>, "кардиология" <6>, "терапия" <7>, "онкология" <8>, "нейрохирургия" <9>, "пульмонология" <10>. (Приказ 888н).
- В функцию онкологического отделения включена: разработка и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи по профилю "онкология".
- Отделение для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации. (Приказ 116н).

Мультидисциплинарная реабилитационная команда (МДРК).

- Медицинская реабилитация на всех этапах осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой (МДРК).
- В состав МДРК могут входить:
  - врач по физической и реабилитационной медицине/врач по медицинской реабилитации, (врач ЛФК, физиотерапевт, лечащий врач по профилю)
  - Медицинская сестра по медицинской реабилитации,(инструктор ЛФК, массажист, медицинская сестра по физиотерапии)
  - медицинская сестра палатная
  - специалист по эргореабилитации,
  - медицинский психолог/врач-психотерапевт,
  - медицинский логопед,

Цели реабилитации в онкологии

- Восстановительная, преследующая полное или частичное восстановление трудоспособности, как правило, для больных с благоприятным прогнозом.
- Поддерживающая, связана с потерей трудоспособности, инвалидизацией. Направлена на адаптацию пациента к новому психо-физическому состоянию, положению в семье и обществе. Касается группы больных с IIб-III стадией заболевания.
- Паллиативная, направлена на создание комфортных условий существования в условиях прогрессирования и генерализации злокачественной опухоли, что обуславливает неблагоприятность прогноза жизни.

Реабилитационный прогноз в онкологии

- 1 группа с благоприятным прогнозом с 1-2 стадией опухоли (проведение функционально щадящего и органосохранного лечения с применением методик хирургической резекции пораженного органа с сохранением функциональной части), имеют реальный шанс излечения от заболевания, для большинства локализаций поражения.
- 2 группа пациентов с III стадией опухоли признаются инвалидами 1-2 групп (для адекватного удаления опухоли и лимфоузлов требуется выполнение обширной операции с удалением органа, выведением стомы, операции в комбинации с лучевой терапией и химиотерапией, тем самым причиняя выраженный анатомофункциональный дефект).
- 3 группа пациентов имеет неблагоприятный прогноз с прогрессированием опухолевого процесса после неэффективного лечения II-III стадии и с впервые выявленной IV стадией заболевания. Задачей лечения данных больных заключается в замедлении по возможности прогрессирования заболевания путем применения лучевой и химиотерапии, а также коррекции возникших нарушений функции органов.

Особенности проведения реабилитационных мероприятий у онкологических больных

- Этапность процесса,
- Ведущее значение подготовительного (предреабилитационного периода).
- Применение специальных методов реабилитации, которые позволяют возвращать больных к полноценной жизни и труду, или создавать условия комфортного существования.
- Индивидуальный подход к возможности реабилитации конкретного больного с учетом комплекса прогностических факторов (локализация и стадия опухоли, ее морфологическое строение, характер проведенного лечения, степень анатомо-функциональных нарушений.
- Ограниченные возможности применения многих физиотерапевтических факторов.
- Возможное изменение реабилитационных целей в связи с опухолевым ростом и метастазированием.

Периоды реабилитации на 1 этапе

- *1. Подготовительный /предлечебный/.*
- *2. Лечебный /основной/* включает:
  - операцию по удалению опухоли и сохранению или пластическому восстановлению анатомических основ функции оперированного органа,
  - курс специальной лучевой терапии на опухоль с сохранением соседних тканей,
  - курс химиотерапии.
- *3. Ранний восстановительный /послеоперационный/ 7-10 дней.*
- *4. Поздний восстановительный до 30 дней после операции.*

Цели подготовительного периода

- Выбор наиболее эффективного лечения (хирургического, лучевого, лекарственного, комбинированного) с максимальным сохранением анатомии и функции пораженного органа или части тела.
- Уменьшение риска развития осложнений противоопухолевой терапии.
- Профилактика и лечение психогенных реакций (депрессия).
- Коррекция коморбидности (сопутствующих заболеваний).
- Профилактика тромбоэмболических осложнений.
- Физическая подготовка пациента к раннему послеоперационному периоду.
- Медикаментозная поддержка – применение веществ-радиопротекторов.

Задачи лечебной гимнастики в подготовительном периоде

- Обучение пациентов правильному полному дыханию, приемам откашливания, поворотов и присаживания в постели.
- Ознакомление пациентов:
  - с двигательным режимом в послеоперационном периоде;
  - охранительными действиями (придерживание послеоперационного шва), использованием балканской рамы после операциий на грудной и брюшной полости;
  - принятием определенных положений с целью формирования послеоперационного рубца;
  - ношением бандажей и ортезов по показаниям;
  - использованием средств поддержки и опоры(ходунков, тростей).

Задачи лечебного периода для повышения эффективности реабилитации после оперативного лечения

- выполнение органосохраняющих и реконструктивно-восстановительных операций;
- проведение адекватного анестезиологического пособия;
- профилактика спаечного процесса;
  - Минимизация воздействия механического фактора – травмирование брюшины при воздействии инструментов, марлевых салфеток, при иссечении участков брюшины во время хирургического вмешательства; применения электроножа;
  - Профилактика развития асептического и инфекционного воспаления при применении трубок и дренажей.

Цели реабилитации в раннем восстановительном периоде

- Профилактика и лечение: местных послеоперационных осложнений общих осложнений со стороны нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной систем.
- Лечение ранних лучевых реакций.
- Скорейшее восстановление жизнедеятельности больного.

Реабилитационные мероприятия

- Адекватная обезболивающая терапия. (Боль в области после-операционной раны –фактор, ухудшающий заживление послеоперационной раны, снижающий качество жизни и затрудняющий эффективную реабилитацию больных).
- Соблюдение охранительного режима для эффективного формирования послеоперационного рубца.
- Ранняя мобилизация пациента
- Дыхательная гимнастика:
    - для улучшения психоэмоционального состояния больного;
    - для скорейшего выведения препаратов ингаляционного наркоза из организма, уменьшения токсического действия наркоза на нервную систему;
    - для улучшения деятельности сердечно- сосудистой и дыхательной системы;
    - для профилактики осложнений (застойная пневмония, ателектаз, атония кишечника, тромбозы, эмболии).
- Физиотерапия (лазеротерапия, электростатический массаж, магнитотерапия, низкочастотная электротерапия (по показаниям).
- Раннее энтеральное питание.

Особенности питания пациента в раннем послеоперационном периоде

Питание в послеоперационном периоде должно:

- обеспечить восстановление пищеварительного процесса;
- быть максимально щадящим при операциях на пищеварительном тракте и брюшной полости (хирургический стол А и Б);
- способствовать нормализации обмена веществ и восстановлению общих сил организма;
- повысить сопротивляемость организма при явлениях воспаления и интоксикации;
- способствовать заживлению операционной раны.

Цели реабилитации в позднем восстановительном периоде

- Восстановление функций дыхательной, сердечно-сосудистой, систем на фоне дальнейшей активизации пациента.
- Адекватная обезболивающая терапия при развития спаечного процесса. проведение очистительных клизм (если боль связана с запорами и задержкой газов), прием спазмолитиков.
- Соблюдение правильного режима питания .Профилактика белковой недостаточности питания.
- Лечебный массаж и лечебная физкультура могут использоваться в комплексной программе лечения спаек, применение комплексов специальных упражнений с учётом особенностей хирургического вмешательства, способствующих растяжению спаек и увеличению подвижности органов, вовлечённых в спаечный процесс.
- Физиотерапия (лазеротерапия, электростатический массаж, магнитотерапия, низкочастотная электротерапия (по показаниям).
- В связи с началом проведения специальной противоопухолевой химио- и лучевой терапии не должно быть прерывания реабилитационных мероприятий.

Особенности программы реабилитации больных в химиотерапевтическом стационаре

- Психологическая реабилитация направлена на изменение отношения к неизбежным осложнениям лечения, мотивацию на положительный результат. больных обучают активному влиянию на состояние своего здоровья, что уменьшает побочные действия химиотерапии и лучевой терапии.
- Физическая реабилитация. На фоне адъювантной химиотерапии рекомендуется включать в комплексы ЛФК:
  - аэробные нагрузки с целью увеличения жизненной емкости легких, и снижения частоты кардиальных осложнений и риска развития кардиотоксичности на фоне адъювантной химиотерапии,
  - умеренные силовые тренировки,
  - При неоадъювантной химиотерапии все физические упражнения проводят по щадящей методике.
- Медикаментозная профилактика венозных тромбоэмболических осложнений, лейкопении.

Особенности нутритивной поддержки при проведении курса химиотерапии

- Профилактика тошноты и рвоты. Противорвотная (антиэметическая) терапия начинается до введения первого цитостатика с первого курса химиотерапии и продолжается не менее 3 дней с применением наиболее эффективных антиэметиков или их комбинаций с использованием антагонистов серотониновых рецепторов.
- Профилактика белковой и витаминной недостаточности в связи с усиленными процессами катоболизма и астенизацией пациента. Непроходимость твердой пищи у больных с неоперабельными формами рака кардиального отдела желудка и пищевода требует назначения высококалорийной и богатой витаминами жидкой пищи.
- Показания к нутритивной поддержке:
  - индекс массы тела более 20 кг/м2;,потеря более 5% массы тела за 6 мес;
  - гипопротеинемия менее 60 г/л или гипоальбуминэмия менее 30 u/k;
  - невозможность адекватного питания через рот;
  - энтеропатия средней и тяжелой степени.

Коррекция периферической полинейропатии немедикаментозными методами лечения

- акупунктура, электроакупунктура,
- мануальная терапия,
- массаж, лечебная гимнастика с элементами йоги, сенсомоторных тренировок равновесия и координации движений,
- воздействие физиотерапевтическими факторами:
  - низкоинтенсивное переменное магнитное поле,
  - чрескожнаая электронейростимуляция,
  - электростатический массаж,
  - центральная электроаналгезия,
  - местная криотерапия.

Особенности физической реабилитации пациентов в радиотерапевтическом стационаре

Задачами лечебной гимнастики являются:

- профилактика тканевой гипоксии,
- профилактика снижения плотности костной ткани, формирования мышечных и суставных контрактур,

В комплексы лечебной гимнастики включаются упражнения на растяжение мышц с элементами йоги, пилатеса, упражнения на фитболе.

При неоадъювантной лучевой терапии все физические упражнения проводят по щадящей методике.

Особенности нутритивной поддержки при лучевой терапии

- Нутритивная поддержка осуществляется по принципам программы реабилитации в химиотерапевтическом стационаре.
- Адекватная нутритивная поддержка в виде персонализированного подбора диеты. Проведение оценки функции глотания с целью раннего выявления дисфагии и своевременного изменения тактики энтерального питания при лучевой терапии, особенно в области шеи и грудной клетки .
- Применение радиопротекторов. К известным веществам и соединениям, обладающим радиопротекторным действием, относятся флавоноиды, фенольные кислоты, стилбены, ликопин, алкалоиды, пептиды, полисахариды и фитогормоны, а также чеснок, зеленый чай, яблоки, цитрусовые и имбирь. Единственным медикаментозным средством, имеющим доказательную базу является тиосульфат натрия.

Особенности физиотерапия при осложнениях лучевой терапии

При лечении острых лучевых повреждений кожи назначают:

- низкоинтенсивное лазерное излучение красного и инфракрасного диапазонов, контактно или дистантно на область поражения по лабильной методике при плотности потока лазерного излучения не выше 10 мВт/см2, длительность процедуры – 10–20 мин, ежедневно в течение10 дней; или фототерапию некогерентным монохроматическим светом длиной волны 660 нм;
- низкочастотную низкоинтенсивную магнитотерапию переменным магнитным полем на область поражения (желательно в сочетании с местным лекарственным средством (магнитофорез) синусоидальное магнитное поле частотой 50 Гц в непрерывном режиме, магнитную индукцию – 30–40 мТл, экспозицию – 15–20 мин, на курс лечения 10–12 процедур.

При лечении ранних лучевых повреждений легких применяют:

- низкоинтенсивное лазерное излучение инфракрасного диапазона по надсосудистой методике, на область кубитальных вен для иммунокорригирующего иантиоксидантного действия. Воздействие проводят с частотой 80 Гц, импульсной мощностью 6–8 Вт/имп.,5–10 мин на поле. На курс 10 ежедневных процедур;
- ингаляции ;
- низкочастотную низкоинтенсивную магнитотерапию переменным магнитным полем синусоидальный ток, 50 Гц,в непрерывном режиме, индукцию – 20–30 мТл, продолжительность процедуры – 20 мин; ежедневно, на курс лечения 10–12 процедур.

Влияние двигательной активности на продолжительность жизни онкологических пациентов

Физическая активность может улучшать выживаемость онкологических пациентов посредством:

- прямого влияния на рост опухоли и метастазов. Такой эффект получен в доклинических исследованиях, его биологические механизмы изучаются;
- увеличения вероятности завершения лечения. Клинические исследования показывали, что упражнения облегчают побочные эффекты терапии и способствуютее продолжению;
- действием упражнений на иммунную систему, воспаление и другие факторы повышает эффективность лечения

Текущие рекомендации по физической активности от ESMO для пациентов, проходящих или завершивших лечение злокачественной опухоли, в настоящее время совпадают с рекомендациями ВОЗ: 150 минут упражнений умеренной интенсивности или 75 минут интенсивных в неделю.

Санаторно-курортное лечение онкологических пациентов

- Направление на санаторно-курортное лечение допустимо исключительно для онкологических больных, получивших радикальное противоопухолевое лечение, полностью его закончивших и не имеющих признаков рецидива или метастазов опухоли.
- Климато- и ландшафтотерапия, занятия в водоемах и бассейнах, ингаляции - в комплексе с диетотерапией и необходимым медикаментозным лечением при соответствующих показаниях - способствуют улучшению общего состояния пациентов, восстановлению нарушенных функциональных показателей, повышению работоспособности и могут быть рекомендованы и показаны онкологическим больным.
- Многие природные физические факторы (лечебные грязи, торфы, озокерит, горячие ванны и души, радоновые, сульфидные воды, общее ультрафиолетовое излучение, гелиотерапия, последняя - особенно на южных курортах в весенне-летнее время), а также общие и тепловые физиотерапевтические процедуры способны в значительной мере стимулировать рост злокачественных опухолей и вызывать прогрессирование основного процесса.

Спасибо за внимание!