

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ В УСЛОВИЯХ ПРЕБЫВАНИЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РОССИИ. Лекция. Часть 1

Т.И. Грушина<sup>1</sup>, А.И. Уянаева<sup>1</sup>, В.В. Жаворонкова<sup>2</sup>, И.Э. Мусаев<sup>3,4\*</sup>

<sup>1</sup> ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

<sup>2</sup> ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер», Волгоград

<sup>3</sup> ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

<sup>4</sup> ФГБУ Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины им. Ю.М. Лопухина ФМБА России, Одинцово

## REHABILITATION OF PATIENTS WITH MALIGNANT TUMORS IN SANATORIUM AND RESORT INSTITUTIONS IN RUSSIA. Lecture. Part 1

T.I. Grushina<sup>1</sup>, A.I. Uyanaeva<sup>1</sup>, V.V. Zhavoronkova<sup>2</sup>, I.E. Musaev<sup>3,4\*</sup>

<sup>1</sup> Moscow Center for Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup> Volgograd Regional Clinical Oncologic Dispensary, Volgograd, Russian Federation

<sup>3</sup> Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russian Federation

<sup>4</sup> Lopukhin Federal Research and Clinical Center of Physical-Chemical Medicine, FMBA of Russia, Odintsovo, Russian Federation

\*E-mail: tgmi97@yandex.ru

### Аннотация

Противоопухолевое лечение сопряжено с осложнениями, отрицательно влияющими на качество жизни и жизнедеятельность онкологических больных, поэтому им необходима реабилитация. Одним из компонентов реабилитации является санаторно-курортное лечение. В статье подробно описаны и даны ссылки на соответствующие документы, медицинские показания и противопоказания для проведения санаторно-курортного лечения онкологическим больным.

**Ключевые слова:** реабилитация, онкологический больной, санаторно-курортное лечение, клиническая группа, лечебные факторы.

### Abstract

Treatment of oncologic patients is associated with adverse effects that negatively impact patients' quality of life and vital activity. Therefore, such patients need rehabilitation support. One of the components of the rehabilitation support is patients' stay in sanatoriums and resorts. The article describes, in details, and provides links to relevant documents on medical indications and contraindications of sanatorium treatment for oncologic patients.

**Keywords:** rehabilitation, cancer patient, sanatorium and resort treatment, clinical group, therapeutic factors.

**Ссылка для цитирования:** Грушина Т.И., Уянаева А.И., Жаворонкова В.В., Мусаев И.Э. Реабилитация больных со злокачественными опухолями в условиях пребывания в санаторно-курортных учреждениях России. Лекция. Часть 1. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2024; 1: 113–116.

### Введение

Заболеваемость населения Российской Федерации злокачественными новообразованиями неуклонно увеличивается. По данным официальной статистики, в 2021 г. грубый показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 397,9, прирост за 10-летний период – 12,1% [1].

Лечение злокачественных новообразований может быть проведено в объеме радикального лечения, после завершения которого признаки заболевания не определяются, или паллиативного лечения (уменьшение опухолевых проявлений, улучшение качества жизни). Для этого используются хирургическое вмешательство, лучевая, цитостатическая, гормональная, таргетная и иммунотерапия [2]. Данные

виды лечения сопряжены с осложнениями, отрицательно влияющими на качество жизни и жизнедеятельность онкологических больных.

Комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и/или компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности больного, – это медицинская реабилитация. Одним из ее компонентов является санаторно-курортное лечение. Оно осуществляется при отсутствии противопоказаний и наличии медицинских показаний. Принципы их установления изложены в следующих нормативных документах.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 г. № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», «при наличии у пациента с онкологическим заболеванием медицинских показаний для проведения медицинской реабилитации врач-онколог организует ее проведение в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых. При наличии у пациента с онкологическим заболеванием медицинских показаний к санаторно-курортному лечению врач-онколог организует его в соответствии с порядком организации санаторно-курортного лечения». В связи с этим должно неукоснительно соблюдаться следующее правило.

При решении вопроса о возможности санаторно-курортного лечения больной обращается к врачу-онкологу территориального онкологического учреждения, на учете которого находится. В соответствии с Инструкцией по регистрации и ведению учета больных со злокачественными новообразованиями, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.04.1999 г. № 135 «О совершенствовании системы государственного ракового регистра», и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4.06.2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» все больные злокачественными новообразованиями (C00–D09) (за исключением больных базально-клеточным раком кожи, перенесших радикальное лечение) подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в соответствующем территориальном онкологическом учреждении по месту постоянного жительства. Для осуществления диспансерного наблюдения за больными определены следующие четыре клинические группы. Принадлежность больного к той или иной клинической группе определяется на основании результатов обследования.

К первой клинической группе относят больных при наличии подозрения у них на злокачественное новообразование или больных с предопухолевыми заболеваниями, подлежащих диспансерному наблюдению у врачей соответствующих специальностей.

Ко второй клинической группе относят больных со злокачественными новообразованиями, подлежащих специальному радикальному лечению.

К третьей клинической группе относят больных со злокачественными новообразованиями, закончивших специальное противоопухолевое радикальное лечение.

К четвертой клинической группе относят больных с распространенными формами злокачественных опухолей, не подлежащих радикальному лечению.

Врач-онколог, независимо от срока давности проведенного противоопухолевого лечения, проводит обследование больного с привлечением современных диагностических методов. В результате этого обследования врач-онколог выдает больному медицинскую справку за подписью заведующего отделением, в которой указаны диагноз, клиническая группа диспансерного наблюдения. Срок действия справки – не более трех месяцев.

Действующее законодательство Российской Федерации не определяет злокачественные новообразования как общее противопоказание для санаторно-курортного лечения. В приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.09.2020 г. № 1029н «Об утверждении

перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения» из медицинских противопоказаний указаны пункты: «9. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением). 10. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии». Из медицинских показаний указан только «синдром постмастэктомического лимфатического отека».

Не нарушая смысла данного приказа и основываясь на общепринятых классификационных единицах диспансерного учета, это можно интерпретировать следующим образом: санаторно-курортное лечение не противопоказано онкологическим больным третьей клинической группы. С учетом специфики санаторно-курортного лечения к этому необходимо добавить, что у больных третьей клинической группы осложнения и последствия радикального противоопухолевого лечения не должны превышать I–II степени выраженности (степень выраженности осложнений оценивается по общепринятым классификациям). Санаторно-курортное лечение противопоказано больным третьей клинической группы после обширного хирургического удаления опухолей головы и шеи, уродующих внешний вид человека и создающих проблемы в общении (отсутствие звуковой речи), с раневыми дефектами и язвами кожи и слизистых оболочек, с наличием различного рода свищей и стом, с недостаточностью сфинктеров мочевого пузыря и анальной инконтиненцией более 10 баллов по шкале Векснера (Wexner), нуждающихся в зондовом питании.

В существующих нормативных документах отсутствуют конкретные рекомендации по применению природных и «модифицированных» лечебных факторов, что не позволяет врачам проводить онкологическим больным полноценное санаторно-курортное лечение, охватывающее следующие цели:

- 1) общесистемное воздействие на неспецифические адаптационные реакции, усиление иммунологической реактивности, резистентности, повышение естественных защитных сил организма;
- 2) активацию защитно-приспособительных реакций организма для удлинения периода ремиссии в качестве неспецифической поддерживающей терапии;
- 3) ликвидацию или компенсацию анатомо-функциональных нарушений и осложнений радикального противоопухолевого лечения;
- 4) лечение сопутствующих заболеваний;
- 5) улучшение психического статуса больных, нарушенного вследствие тяжелого психологического дистресса [3].

### **Природные лечебные факторы**

Понятие «курорт» подразумевает определенную местность, в пределах которой имеется необходимый комплекс условий, необходимых для проведения лечебных мероприятий: целебный климат, благоприятный ландшафт, естественные или выведенные на поверхность искусственным путем минеральные воды, лечебные грязи, водоемы. Нельзя также недооценивать положительные физиологические (например, улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы) и психологические эффекты от пребывания на

природе, так называемое «погружение в природу» (англ. nature immersion) [4].

К климатотерапии относятся климатоландшафтотерапия, природная аэроионофитотерапия (аэроионизация летучих фитоорганических веществ, выделяемых растениями). К основным климатообразующим факторам относятся следующие: солнечная радиация (радиационный режим), циркуляция воздушных масс (циркуляционный режим), термический режим, режим влажности, близость к океанам, рельеф, подстилающая поверхность (отражательная способность), аэроионный режим (степень природной ионизованности воздуха) и др. [5].

По комплексному воздействию биоклиматических параметров оценивается биоклиматический потенциал, удостоверяющий климат местности в качестве лечебного фактора. Наиболее благоприятный по степени воздействия на организм человека биоклиматический потенциал, количественно выраженный в трех баллах, а качественно – как щадяще-тренирующий [6]. Аналогичная количественная оценка используется для ландшафтных условий (рельеф с перепадами высот, растительность, почва, водоемы, застройка, эстетическая характеристика, санитарное состояние и др.).

В Российской Федерации имеется большое разнообразие климато-погодных условий различных географических зон, в которых расположены курорты [7]. Курорты России с благоприятными ландшафтно-климатическими особенностями, микроклиматические условия которых характеризуются устойчивостью метеорологических характеристик, комфортностью температурно-влажностного и кислородного режимов атмосферы, при которых не предъявляются высокие требования к адаптационным и функциональным режимам организма, делятся на приморские и континентальные (равнинные и горные). К приморским относятся курорты, расположенные на берегу моря или в непосредственной близости от него (до 15–20 км). Все санаторно-курортные учреждения в этих регионах по унифицированной оценке медико-климатических условий характеризуются высоким биоклиматическим потенциалом –2.5–2.7 балла [8].

Наиболее благоприятные условия для проведения климатических процедур в естественных условиях на курортах, где в летний период климат характеризуется щадящим / щадяще-тренирующим режимом, в осенне-зимний период – щадяще-тренирующим режимом влияния на организм. При наличии корректирующих сооружений климатотерапию можно проводить круглогодично. К ним относятся курорты равнинные (восточное побережье Финского залива, Санкт-Петербургская курортная зона, побережье Балтийского моря, Калининградская курортная зона, среднерусская возвышенность), курорты равнинные степной зоны (побережье Азовского моря), курорты приморские (побережье Кавказа – Краснодарский край, курортная зона Анапа – Геленджик, побережье Черного моря – курортная зона Большие Сочи), курорты предгорные (Туапсинская курортная зона – Джугба, Ольгинка, Гизель-Дере, Шепси, предгорья северного склона Главного Кавказского хребта), курорты среднегорные (Ставропольский край), курорты степной и полупустынной зоны (побережье Каспийского моря, курортная зона Махачкала – Дербент) [9–12].

Рекомендуемые сроки направления онкологических больных третьей клинической группы на санаторно-курортное лечение – не ранее трех месяцев после окончания

радикального лечения. Это объясняется тем, что в течение данного периода реализуются ранние (острые) осложнения, требующие активного, а в подавляющем большинстве случаев – медикаментозного лечения.

Курорты с высоким температурным фоном, повышенными влажностью и интенсивностью ультрафиолетовой радиации, с клинически неблагоприятным классом погоды с выраженными межсезонными и резкими внутрисуточными изменениями погодных факторов противопоказаны всем больным третьей клинической группы.

Успешность лечения больных зависит от адаптационного радиуса курорта, который определяется его удаленностью от места проживания больного, что обусловлено климатической и временной адаптацией. Именно поэтому для больных с ослабленными адаптационными механизмами, резко реагирующими на смену климатических районов, следует выбирать курорты, не отличающиеся по климатическим условиям от постоянного места жительства, так как это полностью исключает адаптационное напряжение. Для астенизированных больных наиболее предпочтительны курорты лесной зоны. При этом следует руководствоваться рекомендованными сроками направления: для местных санаториев не ранее трех месяцев и для курортов – не ранее шести – восьми месяцев после окончания радикального лечения.

Всем больным третьей клинической группы противопоказана контрастная смена климата: не следует направлять больных из районов холодного и умеренного климата в жаркие регионы. На курорты привычной климатической зоны можно посылать больных в любое время года, а на южные курорты жителей северных районов – преимущественно в осенне-зимний период.

Длительность пребывания больных в курортной местности с лечебным климатом должна составлять не менее 21–24 дней во избежание риска нарушений адаптации и снижения эффективности санаторно-курортного лечения.

Климатопроцедуры должны быть назначены с обязательным дозированием по общеизвестным методикам [5] и с постоянной индивидуальной коррекцией параметров природных лечебных факторов.

Лучшим сезоном для санаторно-курортного лечения онкологических больных следует считать тот, при котором климат характеризуется щадяще-тренирующим режимом влияния на организм, что для подавляющего большинства курортов является осенним периодом.

К рекомендуемым природным лечебным факторам относятся следующие:

- аэротерапия – длительные прогулки, круглосуточная аэротерапия, теплые среднелинейные сухие и сырые воздушные ванны по режимам слабой и средней холодовой нагрузки;
- гелиотерапия в виде общих солнечных ванн в режиме наибольшего щажения (с учетом тепловой зоны курорта) в утренние и вечерние часы. Местные солнечные ванны рассеянной и прямой ослабленной радиации в режиме наибольшего или умеренного щажения. Как известно, режим ультрафиолетовой радиации определяется высотой стояния солнца над горизонтом, географической широтой местности, сезоном года, облачностью, альбедо (отражательная способность) земной поверхности, прозрачностью атмосферы. Так, при высоте солнца около 5° ультрафиолетовый поток составляет 1.3%, а при 90° – уже 7% интегрального потока солнечной радиации. При

назначении гелиотерапии учитывают, что ультрафиолетовая и инфракрасная (тепловая) радиация при высоте солнца менее 45° обладают слабой и умеренной, а выше 45° – сильной биологической (биогенной) активностью. Интенсивность ультрафиолетовой радиации в 12 часов дня в 10 раз выше, чем в 9–11 часов и после 16 часов 30 минут. Следует также помнить, что на побережье моря рассеянная солнечная радиация не затеняется, а также что у хвойных лесов альbedo – лишь 15% солнечной радиации, а вот у снежного покрова в зимние месяцы – от 35 до 80–95%;

- талассопродуры в виде обтираний, обливаний, дозированного плавания, морских купаний теплых и умеренно-теплых по режиму умеренно интенсивного воздействия;
- гидротерапия (купание в водоемах, обливание, укутывание, обтирание), гидрокинезитерапия по режимам постепенно увеличивающейся слабой и средней холодовой нагрузки;
- внутреннее и наружное применение природных минеральных вод со средней минерализацией по профилю патологии. Противопоказано применение радоновой, сероводородной (сульфидной), мышьяковистой, азотной воды в связи с отсутствием научных данных об их онкобезопасности.

Средняя физическая активность, не превышающая 6 MET (1 MET – это количество энергии, затрачиваемое человеком в состоянии покоя и эквивалентное сжиганию 1 ккал/кг/ч). Выделяют четыре уровня физической активности: 1) полное отсутствие; 2) низкая = 1.1–2.9 MET; 3) средняя (например, быстрая ходьба) = 3–6 MET; 4) высокая интенсивность (например, бег, подъем в гору, спортивные игры) = 6 MET и более [13].

Щадящий и щадяще-тренирующий двигательные режимы с аэробной нагрузкой включают в себя прогулки, дозированную ходьбу, скандинавскую ходьбу, терренкур в умеренных темпе и интенсивности.

## Литература

1. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. – 252 с. [Malignant neoplasms in Russia in 2021 (morbidity and mortality) / Ed. A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, A.O. Shakhzadova. – Moscow: P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute – branch of the National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2022. – 252 p. In Russian].
2. Давыдов М.И. и др. Онкология: учебник. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 920 с. [Davydov M.I. et al. Oncology. – Moscow: GEOTAR-Media, 2020. – 920 p. In Russian].
3. Смудевич А.Б. и др. Диссоциативные расстройства в онкологии: психопатология, аспекты коморбидности с расстройствами личности // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 3–4. – С. 4–14. [Smulevich A.B. et al. Dissociative disorders in oncology: psychopathology, comorbidity with personality disorders // Mental disorders in general medicine. – 2014. – No. 3–4. – P. 4–14. In Russian].

4. Lim P.Y. et al. A guide to nature immersion: psychological and physiological benefits. *Int J Environ Res Public Health*. – 2020. – V. 17. – No. 16. – P. 5989. DOI: 10.3390/ijerph17165989.
5. Герасименко М.Ю. и др. Климатотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2017. – Т. 16. – № 3. – С. 154–159. [Gerasimenko M.Yu. et al. Climate rapia in treatment, rehabilitation and prophylactic programs. *Physiotherapy, balneology and rehabilitation*. – 2017. – V. 3. – P. 154–159. In Russian]. DOI: 10.18821/1681-3456-2017-16-3-154-159.
6. Гордеев А.В. и др. Биоклиматический потенциал России: теория и практика. – Москва, 2006. – 512 с. [Gordeev A.V. et al. Bioclimatic potential of Russia: theory and practice. – Moscow, 2006. – 512 p. In Russian].
7. Медицинский атлас природных лечебных ресурсов Российской Федерации: учебное пособие. – Смоленск: Реновация, 2022. – 200 с. [Medical atlas of natural medicinal resources of the Russian Federation: textbook. – Smolensk: Renovation, 2022. – 200 p. In Russian].
8. Поволоцкая Н.П. и др. Методологические подходы к оценке курортно-рекреационного потенциала биоклимата и ландшафта // Курортная медицина. – 2017. – № 1. – P. 2–10. [Povolockaya N.P. et al. Methodological approaches to assessing the resort and recreational potential of the bioclimate and landscape // *Spa medicine*. – 2017. – No. 1. – P. 2–10. In Russian].
9. Разумов А.Н. и др. Лечебные эффекты климатотерапии: наукометрический анализ доказательных исследований // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2020. – Т. 97. – № 6. – С. 59–67. [Razumov A.N. et al. Therapeutic effects of climatotherapy: a scientometric analysis of evidence-based studies // *Issues of balneology, physiotherapy and therapeutic physical culture*. – 2020. – V. 97. – No. 6. – P. 59–67. In Russian].
10. Разумов А.Н. Санаторно-курортное лечение: национальное руководство. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 752 с. [Razumov A.N. Sanatorium and resort treatment: National guidelines. – Moscow: GEOTAR-Media, 2021. – 752 p. In Russian]. DOI: 10.33029/9704-6022-1-SKL-2021-1-752.
11. Гурьянова Е.А. Медицинская реабилитация: учебное пособие: в 2 т. Т. 2. – Чебоксары: ГАУ ДПО «ИУВ», 2023. – 176 с. [Guryanova E.A. Medical rehabilitation: textbook: in 2 volumes. V. 2. – Cheboksary, 2023. – 176 p. In Russian].
12. Санаторно-курортное лечение: научно-практическое руководство для врачей / Отв. ред. А.Д. Фесюн. Том 1. Основа санаторно-курортного лечения. Москва: Реновация, 2022. – 496 с. [Sanatorium and resort treatment: scientific and practical guide for doctors / Rep. ed. A.D. Fesyun. Volume 1. The basis of sanatorium-resort treatment. – Moscow, 2022. – 496 p. In Russian].
13. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: Web Annex. Evidence profiles. Geneva: World Health Organization, 2020.