

К вопросу санаторно-курортного лечения больных после радикального лечения онкологических заболеваний

М.Г. Естенкова, А.Н. Елизаров, Е.Н. Чалая
ФГБУ «Санаторий «Заря» УД Президента РФ

В настоящее время восстановительное лечение онкологических больных приобретает все большее значение в связи с увеличивающимся числом данной категории пациентов, получивших радикальное лечение. Санаторно-курортная реабилитация способствует повышению адаптационных возможностей функциональных систем организма и психофизиологических способностей больного, поэтому ее возможно использовать в качестве неспецифической поддерживающей терапии онкологических больных. В статье представлен опыт санаторно-курортного лечения 395 пациентов в разные сроки после радикального лечения онкологических заболеваний. Применение климато-, ландшафтотерапии, питьевого лечения минеральными водами, индифферентных, изотермических ванн, занятий ЛФК в воде и в залах, плавание в бассейне, ингаляционная терапия в комплексе с дието- и психотерапией способствовали улучшению общего состояния пациентов, восстановлению нарушенных функциональных показателей, повышению работоспособности.

Ключевые слова: восстановительное лечение, санаторно-курортная реабилитация, онкологические заболевания.

Currently, due to the increased number of oncologic patients after radical treatment the restorative care becomes more and more actual. The sanatorium rehabilitation increases adaptive possibilities of functional and psycho-physiological systems in patients. So, such rehabilitation can be used as a non-specific supporting therapy in oncologic patients. The article presents outcomes in 395 oncologic patients at various terms after radical treatment. For this treatment there have been used various methods: climate and landscape-therapy, portable mineral water, indifferent isothermal bath, curative physical trainings in gyms and swimming pools, inhalation therapy as well as diet and psychotherapy. Improvement of general patients' state, restoration of impaired functional parameters, better ability to work were noted during the study.

Key words: restorative treatment, sanatorium rehabilitation, oncologic diseases.

По данным ВОЗ, в последние годы отмечается неуклонный рост онкологической заболеваемости во всем мире. По прогнозам ее распространенность в мире к 2020 г. увеличится в 2 раза по сравнению с 1999 г. В определенной степени это связано с существующими демографическими тенденциями, а именно – с увеличением лиц пожилого и старческого возраста в экономически развитых странах. Однако среди заболевших, в том числе и перенесших различные виды радикального лечения, сравнительно велик удельный вес пациентов, находящихся в расцвете творческой и трудовой деятельности.

До последних лет врачи относились к восстановительному лечению онкологических больных с большой долей скептицизма и фатализма. Однако этот вид лечения приобретает все большее значение в связи с увеличивающимся числом онкологических больных, получивших радикальное лечение и нуждающихся в реабилитации. Санаторно-курортное лечение как этап восстановительной терапии, способствующий повышению адаптационных возможностей функциональных систем организма и психофизиологических способностей самого больного, можно использовать в качестве неспецифической поддерживающей терапии онкологических больных.

Учитывая мультиморбидность патологии, следует отметить, что многие хронические заболевания встречаются у онкологических больных не реже, чем у всего остального населения. Подавляющее количество онкологических больных нуждается в восстано-

вительном лечении, как основного заболевания, так и сопутствующей патологии.

Установлена эффективность санаторно-курортного лечения у этой группы онкологических больных, которое, однако, сегодня ни организационно, ни методически не разработано [2]. Зачастую врач не знает, как помочь такому больному не навредив. Необходимо подчеркнуть, что у значительного числа онкологических больных имеется отчетливая психологическая установка на санаторно-курортное лечение. Запрещение последнего таким пациентам после радикального противоопухолевого лечения может привести к развитию синдрома «самоизоляции», что нарушает адаптацию в социуме [1].

Материалы и методы

ФГБУ «Санаторий «Заря», являясь санаторием общего профиля, принимает на лечение пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, неспецифическими заболеваниями легких, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата и пр.

За период с 2011 г. нами наблюдалось 395 пациентов с онкологическими заболеваниями в анамнезе.

В подавляющем большинстве случаев на санаторно-курортное лечение направляли пациентов после радикального лечения злокачественных новообразований, при полной уверенности в отсутствии рецидивов опухоли и метастазов, через 6–12 мес после проведенного лечения с обязательной предварительной консультацией онколога.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Количество больных	Возраст, годы				
	30-40	41-50	51-60	61-70	71 и старше
Абс.	18	55	157	115	50
%	4,6	13,9	39,7	29,1	12,7

Среди пролеченных больных наиболее многочисленная группа - это лица в возрасте от 51 года до 60 лет (39,7%) (табл. 1). Давность после радикального лечения составляла от 1 года до 30 лет и более. Наибольшую группу составили больные со сроком давности более 10 лет (34,1%) (табл. 2).

Таблица 2

Давность онкологического заболевания после радикального лечения

1-3 года	4-5 лет	6-7 лет	Более 10 лет
22,9%	25,6%	17,4%	34,1%

Чаще встречались новообразования молочной железы, женских и мужских половых органов, органов пищеварения, мочевых путей и кожи (табл. 3).

Пациентам проводились различные виды исследований: клинические (74,4%), биохимические (57%) и ультразвуковые (47,1%). Была организована врачебная комиссия, которая для всех пациентов с онкологическими заболеваниями в анамнезе подбирала индивидуальный комплекс лечения. Консультативная помощь осуществлялась врачом-физиотерапевтом, врачом лечебной физкультуры, неврологом, психотерапевтом и другими.

Таблица 3

Локализация онкологического процесса

Локализация онкологического процесса	Количество больных	
	абс.	%
Молочные железы	83	22,0
Органы пищеварения	62	16,4
Женские половые органы	52	13,8
Мужские половые органы	46	12,2
Мочевыделительные пути	41	10,8
Меланома и другие злокачественные новообразования кожи и соединительной ткани	39	10,3
Щитовидная железа	21	5,6
Органы дыхания	17	4,3
Злокачественные заболевания лимфоидной и кроветворных тканей	13	3,4
Прочие	21	5,6

Таблица 4

Виды назначаемой аппаратной физиотерапии

Назначение	Количество больных	
	абс.	%
Аппаратная физиотерапия (всего)	129	35,1
Синусоидально-модулированные токи	17	4,6
Диадинамические токи	1	0,2
Низкочастотная магнитотерапия	69	18,7
Дарсонвализация	1	0,2
Ультразвуковая терапия	11	3,0
УФО (локальное)	12	3,3
Прессотерапия	24	6,5
Вакуум-терапия	6	1,6
Криотерапия (локальная)	22	6,0

Учитывалось, что многие естественные и преформированные физические факторы: лечебные грязи, горячие ванны, души, радоновые и сульфидные воды, общее ультрафиолетовое излучение, гелиотерапия (особенно в нашем регионе), а также общие тепловые физиотерапевтические процедуры - способны в значительной мере стимулировать рост злокачественных опухолей и вызывать прогрессирование основного процесса. Они дают мощный биологический эффект, влияющий практически на все системы и органы человека. По этой причине перечисленные факторы абсолютно противопоказаны всем онкологическим больным независимо от срока окончания радикального лечения.

Программы санаторно-курортного лечения онкологических больных составлялись строго индивидуально и реализовались по трем основным направлениям: полная программа; щадящая программа; использование отдельных физических факторов и видов ЛФК. Как правило, больным назначалось лечение сопутствующих заболеваний или осложнений после радикального лечения опухоли.

Полная программа санаторно-курортного лечения включала в себя несколько видов физических факторов и ЛФК и чаще назначалась пациентам с давностью онкологического заболевания более 10 лет после радикального лечения.

Щадящая программа преимущественно назначалась пациентам с давностью заболевания 5-9 лет.

Отдельные виды преформированных физических факторов и видов ЛФК использовались в более ранние сроки после радикального излечения онкологических заболеваний. Но не длительность послеоперационного периода влияла на безопасность использования физических факторов у данной категории больных, а правильность выбора физического фактора, радикальность проведенного противоопухолевого лечения, отсутствие рецидивов и метаста-

зов, строгость соблюдения показаний и противопоказаний для физиотерапии у онкологических больных.

Анализ методов назначаемой аппаратной физиотерапии (табл. 4) показал, что назначались только нетепловые виды лечения – синусоидально-модулированные токи, низкочастотная магнитотерапия, прессотерапия, локальная криотерапия. Бальнеолечение проводилось у 41,4% больных (табл. 5).

Таблица 5

Виды проводимого бальнеолечения

Назначение	Количество больных	
	абс.	%
Бальнеолечение (всего)	152*	41,4
Жемчужные ванны	10	2,7
Хвойно-жемчужные ванны	70	19,1
Йодобромные ванны	22	6,0
Солодковые ванны	11	3,0
Антистресс ванны	14	3,8
Лавандовые ванны	2	0,5
Вихревые ванны верхних конечностей	43	11,7
Вихревые ванны нижних конечностей	57	15,5

* Часть пациентов получала несколько видов бальнеолечения.

В комплексе терапевтических мероприятий различные методики лечебной физкультуры использовались у 89,9% пациентов. Непременным условием назначения дозированной физической нагрузки был строго индивидуальный подход с учетом формы, стадии новообразования. Обязательно учитывалась опасность стимуляции опухолевого процесса и метастазирования вследствие чрезмерной физической нагрузки.

Обсуждение

Доказано, что санаторно-курортные факторы, такие как климато-, ландшафтотерапия, питьевое лечение минеральными водами, индифферентные, изотермические ванны, занятия ЛФК в воде и в залах, плавание в бассейне, ингаляционная терапия в комплексе с диетой- и психотерапией, способствуют улучшению общего состояния пациента, восстановлению нарушенных функциональных показателей, повышению работоспособности и могут быть рекомендованы и показаны онкологическим больным [1]. Кроме того, больные, попадая в обстановку санаторно-курортного учреждения, перестают фиксировать свои соматические ощущения и, вовлекаясь в ритм курортного распорядка, выходят из стрессовой ситуации, связанной с их заболеванием и последствиями радикального лечения.

Противопоказания для санаторно-курортного лечения онкологических больных, помимо общих, можно разделить на следующие группы [1]:

- специфика санаторно-курортных факторов;
- специфика онкологического заболевания;
- характер сопутствующей патологии и прочие.

Но всем больным, прошедшим лечение по поводу злокачественного новообразования, независимо от давности его проведения противопоказаны [1]:

- все виды грязе-, торфо-, озокерито-, парафинолечения;
- внутреннее и наружное применение радоновой, сероводородной, мышьяковистой, азотной воды;
- гелиотерапия, ультрафиолетовое облучение;
- теплые и горячие ванны;
- высокочастотная электротерапия.

Медицинский отбор на санаторно-курортное лечение должен осуществляться с обязательной предварительной консультацией онколога и проведением обследования с целью исключения рецидивов и метастазов опухоли. Важно, чтобы пациент был проинформирован уже на этапе отбора о возможных ограничениях в назначении процедур при санаторно-курортном лечении, что исключит диссонанс между ожиданиями больного и реальными возможностями объема санаторно-курортного лечения. После курса курортной терапии пациент должен наблюдаться онкологом 1 раз в 3 мес.

Нельзя не согласиться с мнением Т.И. Грушиной, что «время широкого использования физических факторов, не подтвержденного показателями выживаемости больных, еще не наступило, безоглядно применять физиотерапию у онкологических больных нельзя».

Главными условиями назначения физических факторов у данной категории больных являются [1]:

- радикальность проведенного противоопухолевого лечения;
- отсутствие рецидива и метастазов;
- правильный выбор физического фактора.

Обязательна, если так можно сказать, «онкологическая настороженность» при назначении всем категориям пациентов ряда физических факторов, особенно тепловых. Нельзя забывать о том, что отеки, боли, двигательные и чувствительные нарушения могут быть не только проявлениями соматической патологии, но и симптомами онкологического процесса.

Литература

1. Грушина, Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, — 2006. — 240 с.
2. Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия: Учебное пособие. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», — 2005. — 744 с.