

Авторы: Шаназаров Н.А., Булекбаева Ш.А., Лисовская Н.Ю., Кусаинова К.К., Лисовский Е.В.

Статистические данные, касающиеся онкологии, к сожалению, крайне неутешительны. Злокачественные опухоли представляют серьезную проблему для человечества, являясь одной из главных причин смерти в современном обществе: онкопатология многие годы занимает 2-е место в структуре причин смерти, уступая лишь сердечно-сосудистым заболеваниям. Поскольку сейчас имеется тенденция к снижению смертности от последних, то опухоли имеют явный шанс стать лидером среди причин смерти в XXI веке [29]. Общий уровень заболеваемости раком вырос значительно, с одной стороны, благодаря увеличению численности и старению мировой популяции, с другой стороны, благодаря возрастанию влияния факторов риска возникновения рака в экономически развитых странах. Согласно данным агентства по глобальной статистике рака, в 2008 году в мире зарегистрировано около 12,7 миллионов случаев заболевания и 7,6 миллионов случаев смерти от злокачественных опухолей, из них 56 % всех заболевших и 64 % всех умерших зарегистрировано в экономически развитых странах [24]. Учитывая такие статистические данные, злокачественные опухоли называют «болезнями цивилизации». При этом по прогнозам Международного агентства по изучению рака к 2030 году количество заболевших в разных странах может увеличиться практически вдвое.

Рост заболеваемости злокачественными опухолями приводит к увеличению количества больных, нуждающихся как в первичном, так и в восстановительном лечении. Поэтому проблемы сопутствующей терапии и реабилитации онкологических пациентов так же, как и проблемы специфического лечения, требуют пристального внимания. Увеличение удельного веса молодых работоспособных людей среди заболевших приводит к тому, что восстановительное лечение этих больных, возвращение им трудоспособности приобретает важное социально-экономическое значение.

В последние годы благодаря успехам молекулярной биологии и генетики получены новые данные об этиологии и особенностях развития злокачественных опухолей, которые существенно меняют терапевтическую стратегию и делают ее более успешной [8, 26]. Применение лекарственной терапии препаратами нового поколения, – таргетной терапии, позволяет достигать длительной ремиссии даже у пациентов с распространенными опухолями [9]. Описан так называемый «Лазарус-эффект» при лечении таргетными препаратами некоторых видов опухолей [25]. Прогресс в лечении злокачественных опухолей, достигнутый современной онкологической наукой, позволяет в большем проценте случаев считать рак не фатальной, а хронической болезнью, в ряде случаев излечимой. А хронические болезни требуют длительного лечения и адаптации к лечебному процессу.

В настоящее время практически все онкологические больные получают комплексное лечение, включающее хирургический этап, лучевую и химиотерапию. Новейшие технологии диагностики, комбинированное лечение с применением химио- и лучевой терапии позволяют увеличить продолжительность жизни и достичь 5-летней выживаемости приблизительно у 70 % онкологических пациентов [17, 29]. Однако методы современной противоопухолевой терапии являются довольно агрессивными и

сопровожаются частым развитием побочных реакций, значительно снижающими качество жизни онкологических пациентов. Длительность лечения при различных локализациях опухолей составляет от нескольких месяцев до года и более. После прохождения первичного комбинированного лечения все онкологические больные нуждаются в тщательном наблюдении и противорецидивных мероприятиях. Обширные хирургические операции, а также интенсивная лучевая, цитостатическая и гормональная терапия, используемые в онкологической практике, приводят к серьезным нарушениям различных функций организма [7]. Возникает потребность в реабилитационных мероприятиях, способных дополнить медико-социальную помощь данной категории пациентов. Медико-социальная реабилитация является мультидисциплинарной отраслью здравоохранения и в зависимости от целей и этапов ее проведения характеризуется следующими аспектами: медицинский (лечебно-диагностический), психологический, профессиональный, социальный и, наконец, экономический [16]. Правильная оценка экономической эффективности медико-социальных мероприятий является как обоснованием, так и стимулом для развития реабилитационного направления.

**Основная цель** реабилитации в онкологии – это повышение качества жизни онкологических больных. Качество жизни – это совокупность параметров, отражающих изменение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период развития заболевания и его лечения. Поскольку качество жизни – это меняющийся параметр, зависящий от вида и течения заболевания, процесса лечения и системы оказания медицинской помощи, то и оценивается он в динамике. В современной онкологии необходимо оценивать результаты комбинированного и комплексного лечения не только по критериям выживаемости и продолжительности жизни, но и по специальным показателям качества жизни. Качество жизни онкологических больных является основным критерием в системе их реабилитации [2, 11, 13].

**Основные принципы** реабилитации онкологических больных сходны с таковыми при реабилитации в случае хронических неинфекционных заболеваний. Реабилитация в первую очередь должна быть комплексной. По определению, реабилитация – это комплекс государственных, медицинских, социально-экономических мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма, его адаптацию к новым условиям жизнедеятельности, возникшим в результате заболевания и лечения. Второй, не менее важный принцип реабилитации, – это индивидуальный подбор реабилитационной программы для каждого пациента в зависимости от вида и локализации опухоли и в связи с вариантом комбинированного лечения [6, 15].

**Особенности реабилитации** онкологических больных заключаются, прежде всего, в том, что при формировании комплекса реабилитационных мероприятий необходимо учитывать особенности биологии опухолевого роста, а именно правильно оценивать ту фазу взаимоотношений в системе «организм – опухоль», в которой находится пациент на каждом из этапов реабилитации [21, 22]. Понимание механизмов и направленности этих взаимоотношений позволит исключить возможность стимулирующих опухоль воздействий в ходе реабилитационных мероприятий. Другой особенностью реабилитации онкологических пациентов является тот факт, что, как правило, это длительный и многоэтапный процесс. Реабилитация онкологического больного должна

начинаться до применения того или иного метода лечения и продолжаться всю оставшуюся жизнь [16].

В зависимости от сроков применения восстановительных мероприятий реабилитацию онкологических пациентов можно разделить на несколько видов: ранняя реабилитация или реабилитация в «фазе стационарного лечения». Сутью этого этапа реабилитации является профилактика и лечение осложнений специфического противоопухолевого лечения (лучевой и химиотерапии), а также послеоперационная восстановительная терапия. Реабилитация в «фазе выздоровления» – это реабилитация после проведения пациенту комплексной программы специальной противоопухолевой терапии. Она заключается в восстановлении после проведенного лечения, а также в профилактике и предупреждении развития рецидива заболевания.

Основой ранней реабилитации онкологических больных являются различные виды дезинтоксикационных мероприятий. Целью дезинтоксикации является максимально быстрое выведение из организма токсических продуктов, выделяемых как самой опухолью, так и образующихся в результате цитостатического и лучевого воздействия на нее в процессе лечения [4, 7]. Дезинтоксикационная программа онкологического пациента должна состоять из широкого спектра воздействий начиная от энтеросорбции, парентерального введения изотонических растворов солей, реологически активных препаратов с целью искусственной гемодилюции с последующим форсированием диуреза и заканчивая методами экстракорпорального плазмофереза и гемодиализа. Плазмоферез обеспечивает быстрое удаление из организма патологических субстратов, в том числе иммунной природы, улучшение реологических свойств крови, что является фактором, определяющим лечебную эффективность плазмофереза при онкологических заболеваниях. Действенность дезинтоксикационных воздействий объясняется их способностью элиминировать из организма-опухоленосителя биологические продукты, способные оказывать стимулирующее опухоль воздействие. Так, зарегистрирован факт частичной регрессии опухоли у пациентов, отказавшихся от специального лечения и получавших только дезинтоксикационную терапию в виде сеансов плазмофереза [23].

Согласно современным данным, полученным молекулярно-биологическими методами, субстратом интоксикации у больных злокачественными опухолями является ДНК опухолевой природы, являющаяся продуктом дегградации опухолевых клеток и регистрируемая в свободном виде в плазме крови [3, 18]. Внеклеточная опухолевая ДНК присутствует в биологических средах онкологического больного с клинически манифестировавшей опухолью [26], количество ее может лавинообразно нарастать на фоне эффективной терапии, проявляясь более или менее выраженным синдромом лизиса опухоли [28]. Синдром лизиса опухоли описан в основном для химиочувствительных опухолей, но субклинические его формы могут наблюдаться при любой степени регрессии опухоли в ответ на лечение, проявляясь в виде увеличения количества свободной ДНК опухолевого происхождения в плазме крови [26]. Это обосновывает проведение дезинтоксикационной терапии на фоне специфической противоопухолевой терапии практически у каждого пациента. Эффективная терапия синдрома лизиса опухоли помимо мощного дезинтоксикационного воздействия и облегчения общего состояния пациента способна усиливать эффективность противоопухолевой терапии, воздействуя на пуриновый обмен. Способствуя выведению конечных продуктов пуринового обмена, дезинтоксикационная терапия тем самым разрывает круг опухолевой прогрессии.

Помимо наиболее важной для пациента дезинтоксикационной программы в комплекс реабилитационных процедур должна включаться диетотерапия, нутрицевтическая коррекция, фитотерапия [6]. Современная концепция реабилитации в онкологии допускает некоторые виды физиотерапевтических воздействий, такие как лимфодренирующий массаж, пневмо- и гидромассаж, озонотерапия, рефлексотерапия, воздействие низкочастотным лазерным излучением [14, 19]. Программа функционального восстановления включает различные варианты лечебной физкультуры в виде дозированных физических нагрузок, кинезиотерапии, акватерапии [14].

Наиболее сложным вопросом в реабилитации онкологических пациентов является целесообразность и обоснованность различных видов иммуномодулирующих воздействий. Традиционный взгляд на необходимость иммуностимуляции, основанный на ложном представлении об иммунодефиците у онкологических пациентов, приводит к использованию препаратов и методов лечения, сопряженных с высоким риском стимуляции опухоли. Назначение иммунотерапии так же, как и любого другого вида медикаментозного лечения, должно проводиться после предварительного лабораторного обследования и по строгим показаниям. Согласно данным многочисленных исследований, показатели неспецифического иммунитета у онкологических пациентов достоверно не отличаются от таковых у здоровых доноров [10]. Рутинных способов для оценки специфического опухолеассоциированного иммунитета, позволяющих оценить его направленность в определенный момент времени, не существует. Наличие в организме пациента клинически манифестированной опухоли, согласно современным представлениям, предполагает существование клона регуляторных рециркулирующих Т-лимфоцитов, прекомитированных к опухолевой ткани и осуществляющих по отношению к ней регуляторно-трофическую функцию [1, 30]. Неспецифическая иммуностимуляция в этом случае может способствовать опухолевой прогрессии. То есть для назначения иммунотерапии важно знать расстановку сил в соотношении «организм – опухоль», как в случае клинической манифестации опухоли, так и в период ремиссии [22, 27].

Одним из наиболее важных для пациента компонентов восстановительного комплекса является программа психологической реабилитации, включающая работу с психологом, при необходимости – психотерапию, обучение методикам аутотренинга [5, 12, 20]. Психологический компонент реабилитации является наиболее разнообразным, допуская различные методы психологической разгрузки – арттерапия, трудотерапия, восточные практики и медитации [12]. Реабилитация в онкологии направлена на максимальное восстановление физического и психического здоровья пациентов после проведенного лечения.

Однако, если проблемам специфической терапии рака традиционно придается важное значение, то реабилитация пока остается без должного внимания специалистов и законодателей. Онкология – единственная медицинская отрасль, которая не имеет в своей структуре реабилитационного направления. Отсутствуют реабилитационные центры и реабилитационные отделения в специализированных онкологических учреждениях. К этому можно еще добавить отсутствие подготовки специалистов в области реабилитации онкологических больных и, естественно, отсутствие в штатных расписаниях онкологических диспансеров должности специалиста-реабилитолога, а в штатных расписаниях больниц восстановительного лечения – должности врача-онколога. Как свидетельствуют статистические данные, в мировой практике на профилактику в онкологии выделяется 30 % финансовых средств, на лечение – 50 %, на

реабилитацию – 20 %. В то же время в России на профилактику расходуется 6 % средств всего бюджета на медицину, на лечение – 94 %, на реабилитацию – 0 % [17]. Поэтому на данный момент пациенты с онкологическим диагнозом являются одной из наименее защищенных категорий населения, хотя они нуждаются и в доступном и результативном лечении, и в психологической помощи, и в реабилитации.

Реабилитация в онкологии – раздел медицины, который продолжает развиваться и совершенствоваться в соответствии с поступательным развитием онкологической науки в целом. При этом особенности ее дальнейшего поступательного движения связаны в основном, как с научными, так и с общегосударственными, организационными и финансовыми проблемами. В настоящее время в развитых странах происходит смена подходов к оказанию медицинской помощи людям – медицинская модель, имевшая целью лишь устранение заболевания и восстановление функционирования человеческого организма, постепенно уходит в прошлое, все большее число стран ориентируется на биопсихосоциальную модель [15]. Она требует не только восстановления биологических функций организма больного человека, но и нормализации его психологического и социального состояния. На сегодняшний день именно благополучие человека, приближение жизни больных к уровню практически здоровых людей является одной из главных целей лечения. В связи с этим реабилитация приобретает такое же большое значение, как и специфическая противоопухолевая терапия.

#### **Рецензенты:**

Важенин А.В., д.м.н., профессор, главный врач Челябинского окружного клинического онкологического диспансера, заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск;

Яйцев С.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии, Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск.